

第4号様式（第7条関係）

道外医療機関等産婦健診費償還払申請書兼請求書

令和 年 月 日

千歳市長 横田 隆一 様

申請者 住所

氏名 印

受給者との続柄

（申込者が本人以外の場合ご記入ください）

電話番号

関係書類を添えて、次のとおり申請します。

対象者	氏名								
	生年月日	昭和・平成・令和		年	月	日			
	住所								
実施内容	受診票種類	第1回			第2回				
	受診日	年	月	日	年	月	日		
	自己負担額	円			円				
	償還払申請額	円							
振込先	金融機関名	支店名		口座番号（普通・当座・その他）					
								(左詰記入)	
	フリガナ								
	口座名義人								
※決定欄	決裁長	係長	係	係	決定年月日	令和	年	月	日
	1 上記申込内容を審査の結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により、上記申込を却下する。 理由：								
	支給額		円（受診回数に対する支給上限額			円）			