

記入例

第4号様式（第7条関係）

黄色線の箇所に必要な事項を記載願います。

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 ※申請者と振込先人名は同一となります。
(できれば産婦氏名)

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	※申請者と同じ場合は「同上」と記載願います。					
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日					
	住所	※申請者と同じ場合は「同上」と記載願います。					
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		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)	