

(第1号様式)

| 中井町妊産婦健康診査受診料の償還払い金交付申請書兼請求書 | | | | | | |
|------------------------------|----------|----------------------------------|------|---------------|-------|--|
| 氏名 | | | | | | |
| 受診医療機関等 | 所在地 | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 受診年月 | 年 月分 から | | 年 月分 | | |
| 費用額 | | 償還払い金 申請金額 | | 償還払い金 決定金額 | ※ | |
| | | 円 | | 円 | 円 | |
| 償還払い 金 受領方法 | 口座 | 金融機関名・支店名 | 口座種目 | 口座番号 | 口座名義人 | |
| | 現金 | <input type="checkbox"/> 役場会計課窓口 | | | | |
| 上記のとおり申請・請求いたします。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 申請者兼請求者 住所 中井町 | | | | | | |
| 氏名 ⑩ | | | | | | |
| 電話 () | | | | | | |
| 中井町長様 | | | | | | |
| ※ 確認年月日 | 令和 年 月 日 | 領収書等確認 ⑩ | | 処理欄 | | |

※印欄は、記入しないで下さい。