

(第1号様式)

中井町妊産婦健康診査・1か月児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 振込	金融機関名		支店名	口座種目	
		口座番号	口座名義人(フリガナ)			
	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。						
年 月 日						
申請者兼請求者 住所 中井町						
氏名						
電話 ( )						
中井町長様						
※ 確認年月日	年 月 日		処理欄			
	領収書等確認		⑩			

※印欄は、記入しないで下さい。