

令和 年 月 日

大淀町長 辻 本 眞 宏 様

住 所 大淀町

申請者 氏 名 ㊟

電話番号

産婦健康診査を受けたので、必要書類を添付のうえ費用の全部又は一部の還付を申請します。

太枠 □ の中を記入してください。医療機関に記入していただく必要はありません。

(ふりがな) 受診者氏名			昭和 平成 年 月 日
	生年月日		

受診回	受診日	産婦健康診査費用 (保険適用分を除く)	還付額 ※ 町記入 ※ 1回上限5,000円
第1回目	年 月 日	円	円
第2回目	年 月 日	円	円
還付額計 ※ 町記入			円

振 込 先	金融機関名 及び店名	銀行・信用金庫 農協							本店 支店
	口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号						
	ふりがな 口座名義人								

【 必要書類 】

- ① 領収書
- ② 診療明細書など (産婦健康診査を受診したことが分かるもの)
- ③ 母子健康手帳 (本人確認を兼ねる)