

## 妊産婦・乳児健康診査費償還払申請書兼請求書

大野市長 様

年 月 日

&lt;申請者&gt;

フリガナ  
氏名

〒

住所

連絡先

次のとおり関係書類を添えて申請します。また、この申請内容を審査するために、市が申請者の住民登録情報を確認すること、必要があるときは下記事項について市が医療機関に確認を行うことに同意します。

## 1 内訳

※②、③は市が記入

健診(検査)日	内容	①金額	② 上限額	③ 申請額 (①と②の低い金額)
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
申請額合計				

## 2 振込先口座情報

金融機関名		支店名	
区分	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

## 【関係書類】

- 健康診査費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）
- 健康診査記録が確認できる書類（母子健康手帳「妊娠中の経過」、「検査の記録」欄の写し等）
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）