

年 月 日

門真市長 宮本 一孝 様

門真市妊婦健康診査料償還払申請書

**記入例**

母子保健法第13条による妊婦健康診査を府外医療機関等で受診しましたので、次のとおり領収書を添えて妊婦健康診査料の償還払の申請をします。

記

対象妊婦	氏名	門真 花子（妊婦さん本人の氏名）										
	生年月日	昭和 平成	○	年	○	月	○	日生				
	住所	門真市	御堂町14-1									
	電話番号	（※つながりやすい電話番号を記入してください）										
申請者	氏名	門真 太郎（※申請者と口座名義の氏名を揃えてください） <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">門真</span>										
	住所	門真市御堂町14-1										
	電話番号	（※つながりやすい電話番号を記入してください）										
	対象妊婦との関係	夫										
健診受診回数	※空欄にしておいてください											
申請額	※空欄にしておいてください											
健診実施医療機関	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇										
	医療機関名	△△病院										
振込希望口座	〇〇 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> ・信用金庫・信用組合 労金・農協 〇〇 支店											
預金種別	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	フリガナ		
1 普通預金										カドマ タロウ		
2 当座預金										門真 太郎 （※申請者と同じ氏名）		