

門真市長 宮本 一孝 様

※記入例

門真市償還払申請書

大阪府外または府内委託医療機関以外で受診しましたので、次のとおり領収書等を添えて償還払いの申請をします。

種類	☒ 妊婦健康診査	償還払いされる項目にチェック☑を入れてください									
	☒ 産婦健康診査										
	☒ 新生児聴覚検査										
	☒ 1 か月児健康診査										
	対象妊産婦	ふりがな	かどま はなこ								
氏名		門真 花子									
生年月日		〇〇 年 〇 月 〇 日生									
住所		〒 5 7 1 - 〇〇〇〇									
		門真市 〇〇町〇番〇号									
電話番号	(※つながりやすい電話番号を記入してください)										
対象児	ふりがな	かどま たろう				多胎	じろう さぶろう				
	氏名	門真 太郎					次郎・三郎				
	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日生									
	住所	☒ 同上	〒 門真市 上記と異なる場合はご記入ください								
申請者	ふりがな	☒ 同上 ※口座名義と同じ氏名									
	氏名	☒ 同上									
	住所	☒ 同上	〒 門真市 対象者と異なる場合はご記入ください								
	電話番号	☒ 同上	()								
対象との関係	本人・母 (申請者が夫の場合、夫・父)										
振込希望口座	〇〇〇〇 銀行・信用金庫・信用組合 (金融機関番号: 〇〇〇〇) 労金・農協 〇〇 支店 (支店番号: 〇〇〇)										
預金種別	ふりがな かどま はなこ										
☒ 普通預金 ☐ 当座預金	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	門真 花子	

※申請者と同じ氏名

妊婦健康診査	申請額									回
産婦健康診査	申請額									回
新生児聴覚検査	申請額									
1か月児健康診査	申請額									

空欄にしておいてください