

門真市長 宮本 一孝 様

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	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査										
	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査										
	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査										
	<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査										
対象妊産婦	ふりがな										
	氏名										
	生年月日	年			月			日生			
	住所	〒									
		門真市									
電話番号	(                      )										
対象児	ふりがな					多胎					
	氏名										
	生年月日	年			月			日生			
	住所	□同上	〒								
			門真市								
申請者	ふりがな	□同上									
	氏名										
	住所	□同上	〒								
			門真市								
	電話番号	□同上	(                      )								
対象との関係											
振込希望口座	銀行・信用金庫・信用組合（金融機関番号：                      ） 労金・農協                      支店（支店番号：                      ）										
預金種別	口座番号									口座名義	ふりがな
<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金											

妊婦健康診査	申請額	円	健診受診回数	回
産婦健康診査	申請額	円	健診受診回数	回
新生児聴覚検査	申請額	円	AABR      ・      OAE	
1か月児健康診査	申請額	円		