

令和 年 月 日

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							
	ふりがな							
	氏名							
	生年月日	年	月	日				
対象 妊産婦	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				
	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							ふりがな
□ 普通預金 □ 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		