

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	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦健康診査 <input checked="" type="checkbox"/> 産婦健康診査 <input checked="" type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 <input checked="" type="checkbox"/> 1か月児健康診査								償還払いされる項目にチェック☑を入れてください		
	対象 妊産婦	ふりがな	かどま はなこ								
		氏名	門真 花子								※口座名義と同じ氏名
		生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日生								
住所		〒 571-〇〇〇〇 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								じろう さぶろう	
	氏名	門真 太郎								多胎	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										
	氏名	☑同上									
	住所	☑同上	〒 門真市								
	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	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	ふりがな かどま はなこ 門真 花子								
<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金											
※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									回	
空欄にしておいてください											