

西原町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

西原町産婦健康診査費用償還払い申請書兼請求書

西原町産婦健康診査実施要綱第12条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。
なお、この申請の審査に当たり、住所要件、受診状況等の必要事項等を調査することを承諾します。

受診者	フリガナ 氏 名		生年月日		
	住 所				
	母子健康 手帳番号		出産日		
実施機関	医療機関等名				
	所 在 地	都 道 府 県	市 町 村		
受診月日	受診時産後 週数	実施回数	支払った額 (円) A	本町費用 負担額 (円) B	申請額 (円) A と B のうち 少ない額
		第1回目		5,000	
		第2回目		5,000	
合 計					

振 込 口 座							
金融機関名		本店・支店					
預金の種類・番号	1 普通 2 当座						
フリガナ 口座名義人							

- 添付資料
- (1) 別表に定める産婦健康診査の項目に該当する費用の領収書及び明細書
 - (2) 受診票又は産婦健康診査結果がわかる書類
 - (3) 母子健康手帳の写し
 - (4) 受診者名義の通帳の写し
 - (5) その他町長が必要と認める書類

※西原町の産婦健康診査受診票の項目以外の検査等に係る費用は、償還払いの対象とはなりません。