

産婦健康診査受診費償還払い申請書兼請求書

令和 年 月 日

(あて先)延岡市長

産婦健康診査に係る費用について、延岡市産婦健康診査実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり、健康診査受診費の償還払いを申請します。

※太枠内を記入

申請者	フリガナ			生年月日		
	氏名			(印)	昭和・平成 年 月 日	
	住所	延岡市				
	電話番号(携帯)	――――				
申請内訳	健康診査種別	区分	健診受診日	ア 申請額(医療機関等の領収書額)	イ 支給限度額	決定額(アとのうち少ない額)
	産婦健康診査	2週間	令和 年 月 日	円	5,000円	円
		1か月	令和 年 月 日	円	5,000円	円
	合計			円		円
振込先	金融機関名	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人	
	銀行 金庫 農協	本店	普通・当座		フリガナ	
		支店				
		出張所				

※本人以外の口座名義の場合は下記の委任状に記入。

委任状

私は、受任者()に、上記受診費の受領に関する事を委任します。申請者との続柄()

令和 年 月 日

委任者 住所 延岡市

氏名 (印)

【市処理欄】

産婦健康診査受診費の償還払いについて次の通り決定します。

支給決定年月日 令和 年 月 日

支給決定金額 円 おやこ保健福祉課長 (印)