

様式第10(第9条関係)

里帰り出産等に係る妊婦健診費用償還払い請求書

年 月 日

大槌町長 殿

申請者 住所

氏名

印

TEL

受診者との関係

大槌町妊婦一般健康診査に係る負担助成要領に基づき、下記のとおり関係書類を添えて請求します

受診者	住所	大槌町
	滞在先	
	氏名	
	電話番号	
医療機関名		
医療機関所在地		
受診回数	受診票番号( ) (1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・子宮)	
実施費用額	円 ※領収書の合計を記入	
助成額※町が記入します。	円	

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください)	口座名義人
銀行 信組		普通		(フリガナ)
金庫 信連		当座		
農協 信漁連				
漁協				

ゆうちょ銀行(郵便局) (通常貯蓄貯金への振込はできません)	店番	口座番号 (右詰めでお書きください)	口座名義人
			(フリガナ)

添付書類

- (1)領収書(写) (2)未使用の受診票 (3)通帳またはカードの写し