

様式第11(第8条関係)

里帰り出産等に係る乳児一般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

大槌町乳児一般健康診査実施要領に基づき、下記のとおり関係書類を添えて請求します

受診児	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)	
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