

別記

第1号様式（第7条関係）

産婦健康診査費用払い戻し申請書

年 月 日

柏 崎 市 長 様

私は、委託医療機関以外で産婦健康診査を受診したので、関係書類を添えて産婦健康診査費用払い戻しの申請をします。

1 申請者

住 所	〒 柏崎市		
(ふりがな) 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	電 話 番 号	
受診票交付番号	N o .		
出 産 日	年 月 日	子 ども 氏 名	

注 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

2 産婦健康診査費用内訳

※子育て支援課記入欄

	受診年月日	医療機関名	(保険適用外) 自己負担額	払戻上限額	払戻金額	添付 書類
1	年 月 日		円	5,000 円	円	<input type="checkbox"/>
2	年 月 日		円	5,000 円	円	<input type="checkbox"/>
払い戻し金額 合計				_____円		

3 振込先

金 融 機 関 名	銀行	支店
口座の種類・口座番号	普通	・ 当座
(フリガナ) 口 座 名 義 人		