

河北町産婦健康診査費償還払申請書兼請求書

年 月 日

河北町長 様

私は、河北町産婦健康診査事業実施規程第9条により、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

1 請求者（産婦本人）

住所	河北町	電話番号	
フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
氏名		出産日	年 月 日

2 請求する産婦健康診査費用

区分	受診日	自己負担額	※助成額
産後2週間	年 月 日	円	円
産後1か月	年 月 日	円	円
合計			円

3 振込先（請求者の名義のもの）

口座名義（カタカナ）			
金融機関名		支店名	
普通・当座	・ 普通預金	・ 当座預金	
支店番号			
口座番号			

4 代理人が請求する場合

代理人氏名		生年月日	S・H 年 月 日
代理人住所		電話番号	
私は産婦健康診査費用の請求における権限を代理人に委任します。 産婦さんの自署 _____			

- 注 1) 太枠内を記入してください。
 2) ※欄は請求当日に記入していただきます。