

初回産科受診費用償還払い請求書

請求金額 _____ 円

小野市長 様
年 月 日

＜申 請 者＞
住 所 _____
小 野 市 _____
電話番号 _____
氏 名 _____

下記のとおり初回産科受診費用の助成を請求します。
なお、必要な場合には、市が医療機関に対し受診内容等を照会することについて同意します。

振込指定口座

金融機関名	銀行	本店	口座の種類	普通・当座・()
	組合	支店	口座番号	
	金庫	出張所		
	農協	※ゆうちょは漢数字		
(フリガナ)				
口座名義人				

※できる限り申請者の本人名義の口座をお書きください。申請者以外の口座の場合は、下記の委任状に記入してください。

委任状	
(代理人)	
住 所 _____	
氏 名 (口座名義人) _____	
私は、上記の者を代理人と認め、初回産科受診費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
小野市長 様	
年 月 日	
(申請者)	
住 所 _____	
氏 名 _____	

(添付書類) 医療機関等が発行した領収書及び明細書の写し