

遅延理由申出書

年 月 日

大津市長 宛

申請者（請求者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

連絡先 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

今般、大津市妊産婦健康診査等費用申請（請求）につきましては、以下の理由により遅延したことを申し出ます。

記

遅延理由（該当するものにチェックし、具体的な状況を記入してください。）

長期間の入院      災害      その他

具体的な状況

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

※遅延理由について証明する書類を添付してください。

なお、証明書類について御不明な点等がある場合は、大津市保健所母子保健課（電話：077-511-9182）へお問い合わせください。