

様式第3号（第9条関係）

大津市妊産婦健康診査等費用申請書兼請求書（自己負担金償還払用）

年 月 日

（宛先）

大津市長

申請者 住 所
 （請求者）氏 名 ⑧
 生年月日
 電話番号

大津市妊産婦健康診査等事業実施要綱第9条第1項の規定により、妊産婦健康診査等費用について次のとおり請求します。なお、妊産婦健康診査等費用の交付に当たり、住民基本台帳等に関する公簿を閲覧し、及び受診した医療機関等に対し当該受診内容等の確認をすることに同意します。

請求する健康診査等の受診年月日（受診年月日が古い順に記入して下さい。）	受診年月日	大津市 使用欄	受診年月日	大津市 使用欄	
	1			1 2	
	2			1 3	
	3			1 4	
	4			1 5	
	5			1 6	
	6			1 7	
	7			1 8	
	8			1 9	
	9			2 0	
	1 0			2 1	
	1 1			2 2	
振込先	金融機関名		支店名		
	銀行・信用金庫 農協		本 店・支 店 出張所・代理店		
	預金種別	口座番号	口座名義人		
	普通・当座		フリガナ 氏 名		

注1 大津市妊産婦健康診査等事業実施要綱第9条第3項の規定に基づき、必要な書類を添付して下さい。

2 大津市に住民登録されている期間中に受診した健康診査等に限り、請求することができます。

※大津市処理欄	決定金額	円
---------	------	---