様式第10号(第11条関係)

龍ケ崎市妊産婦健康診査償還払申請書兼請求書

年　　　月　　　日

　　　龍ケ崎市長　様

申請者・請求者

住所

氏名　　　　　　　　　　　印

受診者との関係

電話番号

　妊産婦健康診査における償還払いについて，龍ケ崎市妊産婦及び乳児健康診査実施要綱第11条第1項の規定により下記のとおり申請し，及び請求します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊産婦健康診査受診者 | フリガナ |  | | 生年月日 | |
| 氏名 |  | | 年　　月　　日 | |
| 住所 | 〒301―  龍ケ崎市 | | | |
| 電話番号 |  | | 母子健康手帳番号 | |
| 申請する受診票  (該当を○で囲む。) | 1　妊婦健康診査  　第1回　　第2回　　第3回　　第4回　　第5回　　第6回  　第7回　　第8回　　第9回　　第10回　　第11回　　第12回  　第13回　　第14回  2　産婦健康診査  　第1回　　第2回 | | | | |
| 合計請求金額 | 円 | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行  金庫  組合 | 店  支店  出張所 | | 普通  当座  (該当を○で囲む。) |
| 口座番号 |  | フリガナ | | |
| 口座名義人 | | |

＜個人情報の取扱いについて＞

　この申請書兼請求書に記載された個人情報については，この目的以外には使用しません。