

福知山市妊婦歯科健康診査費支給申請書

福知山市長様 申請者住所〒 _____ 自治会名(_____) 福知山市..... 氏名 _____ 印(続柄.....) 電話番号 _____	年 月 日		
下記のとおり、妊婦歯科健康診査費の支給を申請します。			
ふりがな 妊婦氏名	受診票交付番号	受診票交付日	年 月 日
受診歯科 医療機関 (_____)都・道・府・県(_____)市・町・村	受診に要した 費用	円	
申請理由			

下記の口座に振り込み願います。

金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 支所
	ゆうちょ銀行 店番(3けた)	
種 目	普通・当座	口座番号 7けた
フリガナ 口座名義	_____	

申請者と振込先口座名義が違う場合、以下にも記名押印をお願いします。

口座名義人は(子、その他(_____))であり、当該口座に振り込むことについては、異存ありません。
申請者氏名 _____ 印

・ 領収書の返却について、どちらかに○を記入してください。(返却を希望する ・ 返却不要)

※下欄は記入しないでください。

※支払 決定額	自己負担額		支給決定額		
	添付書類	1 領収書 2 歯科受診票 3 その他(_____)			
	備考	_____			
