

### 妊産婦等歯科健康診査償還払い申請書兼請求書

泉佐野市長 様

〒

申請者 住所

氏名

印

受診者との続柄  
( )

電話

歯科健康診査について償還払いを受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。  
 また、申請に係る審査に必要があるときは、受診者が当市在住であること、健康診査実施の医療機関への確認のために問合せすることを承諾します。なお、償還払い金は下記の指定振込口座へ振り込み願います。  
 妊娠期間中及び産後1年以内の受診以外は、一生涯1回のみ受診であることに同意します。

ふりがな		生年月日	昭和・平成	年	月	日生
受診者氏名			歳			
受診者住所	〒 ー 泉佐野市					
該当項目 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する期間の受診					
	<input type="checkbox"/> 妊娠期間中の受診					
	<input type="checkbox"/> 産後1年以内の受診					
健診日	年 月 日					
実施した医療機関	名称					
	所在地					

健康診査費用(請求額)	住民の有無※	支給決定額※	※こども家庭課記入欄

指定振込口座	金融機関名	銀行・信金・農協		支店・支所
	口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
	口座名義			

- ※添付書類
- ①健康診査に要した費用の領収書 [実施医療機関名・健診日のわかるもの]レシート不可  
**※保険診療扱いは対象となりません。保険外分(健診分)のみ償還可能。**  
償還払いは、市が定めた金額内となります。了承のうえ、事前に医療機関にお伝えください。
  - ②妊産婦等歯科健康診査受診票(申込み票)
  - ③妊産婦については、母子健康手帳の受診日・結果等の記載のあるページの写し
  - ④口座番号のわかるカードや通帳のページの写し
  - ⑤振込先が受診者以外の場合は、委任状が必要(受診者の印鑑必要)