

初回産科受診料償還払請求書

金 _____ 円

ただし、初回産科受診料償還払として上記金額を請求します。

勝山市長 様

請求者 住 所
(申請者) 氏 名
連絡先

【振込先】

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義（フリガナ）
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		

押印省略の場合は下記を記載してください。

発行責任者	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ <input type="checkbox"/> 請求者と異なる（氏名	連絡先	）
担当者	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ <input type="checkbox"/> 請求者と異なる（氏名	連絡先	）

【添付書類】

振込先金融機関口座が確認できる書類（通帳又はキャッシュカードの写し）