

様式第5号（第10条関係）

年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請者・請求者

住 所

氏 名

印

電 話 番 号

龍ヶ崎市妊娠判定受診費用償還払申請書兼請求書

妊娠判定受診費用の償還払いについて、龍ヶ崎市妊娠判定受診事業実施要綱第10条第2項の規定により下記のとおり申請し、及び請求します。

妊娠判定受診者	フリガナ		生年月日	
	氏名		年 月 日	
	住所	〒301— 龍ヶ崎市		
	電話番号			
検査内容 (該当する項目を ○で囲む。)	1 問診及び診察 2 尿検査 3 超音波検査 4 その他 ()			
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、この事業の目的以外には使用しません。