

令和 年 月 日

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。

南大隅町長 様

《請求者》 住 所：
氏 名：
電話番号：

【支給口座情報】

金融機関名	銀行 農協 信用金庫	本店・支店 出張所・支所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
フリガナ 口座名義人		

【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)

添付欄

