様式第５号（第６条関係）

受付番号＿＿＿＿＿＿＿＿

県外における健康診査等及び産婦健康診査費請求書

金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円也

上記のとおり健康診査費及び聴覚検査費を請求いたします。

年　　月　　日

南越前町長　　様

申請者　住所

氏名　　㊞

対象妊産婦　住所

氏名　　㊞

（＊申請者と対象妊婦が違う場合のみ記入押印）

対象児　　氏名

振込先	金融機関 支店名										
	預金種別	普通　・当座			（フリガナ） 口座名義人						
	口座 （左詰記入）	店番号			口座番号						