

幼児歯科健康診査費用払い戻し申請書兼請求書

令和 年 月 日

野田村長 小野寺 勝幸 様

住 所  
氏 名  
電話番号

㊞

下記のとおり幼児歯科健康診査費用の払い戻しについて申請（請求）します。

記

1 申請額（請求書） \_\_\_\_\_ 円（※上限 2,000 円）

2 健康診査名 \_\_\_\_\_

3 払い戻しの理由

（①～③の該当するものを○でかこみ、③については理由を記載すること）

① 震災の影響により村（県）外に居住し居住地等で受診したため

② 里帰り等により村（県）外の居住地等で受診したため

③ その他

( )

4 振込先口座

銀行・組合	普通	口座番号
本店・支店・支所	当座	
口座名義：		

5 添付書類 別添領収書のとおり

6 その他特記事項