

様式第3号（第8条関係）

1か月児健康診査費償還払申請書兼請求書

年 月 日

始良市長 殿

(申請者) 住 所
氏 名
連絡先

1か月児健康診査を受診しましたので、始良市1か月児健康診査事業実施要綱第8条第2項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、助成の決定に必要な場合は、医療機関に対し検査内容等を照会すること及び対象者の確認のため住民基本台帳を確認することに同意します。

記

児氏名			生年月日	年 月 日生
健診受診日	年 月 日 (か月 日)			
健診受診 医療機関名				
申請 (請求) 内訳	償還払 上限額(A)	受診者 支払額(B)	申請額 (A)又は(B)のいずれか少ない額	決定額
	6,000 円	円	円	円
添付書類 (市確認欄)	<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査に係る領収書（診療明細書）の写し <input type="checkbox"/> 1か月児健康診査受診票（健診結果等の記載がされたもの） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の「1か月児健康診査」ページ（記載済）の写し			

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協		本店 支店 支所 出張所			
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義人						

申請者と振込先が異なる場合

上記受診費の申請に係る償還払の受領に関することを次の者に委任します。

委任者 住所
氏名

印 受診者との続柄 ()