

1か月児健康診査費用請求書

年 月 日

赤穂市長 宛

請求者 住所

乳児氏名

(生年月日 年 月 日)

保護者氏名

電話

発行番号

次のとおり健康診査に要した費用の助成を受けたく、関係書類を添えて請求します。

請求金額 _____ 円

請求内訳 (健診費用のうち、保険適用外分のみ対象)									
受診日	医療機関名	健診費用			乳児月齢	請求金額 〔1回につき 円 を上限とする〕			
・		円			生後 か月 日	円			
合 計		円				円			
振 込 先	金融機関 の 名 称	銀行・農協 金庫・信用組合				支店・支所 出張所			
	銀行等 の 場 合	金融機関 コ ー ド				支店コード			
		預金種目	1 普通 2 当座	口 座 番 号					
	ゆうちょ 銀 行 の 場 合	金融機関 コ ー ド	9 9	0 0	店 名 (漢数字)				店
		預金種目	1 普通 2 当座	口 座 番 号					
口座名義人 (カタカナで記載)									

* 医師の証明した1か月児健康診査受診券、費用が分かる領収書等の写しを添付してください。