

(様式1)

乳児健康診査助成金請求書

福島市長

支払請求額	円
-------	---

申請する乳児健康診査名	か月健康診査
-------------	--------

上記のとおり、乳児健康診査事業にかかる費用を請求します。

令和 年 月 日

請求者	氏名	(自署)						
	住所							
	対象者との続柄	父・母・その他 ()						
	電話番号							
対象者	氏名	(年 月 日生)						
	住所	福島市						(請求者と同住所の場合は、同上とご記入ください)
振込先金融機関名				支店番号				
	銀行 金庫 組合			本店 支店 出張所				
預金種類	普通・当座							
フリガナ								
口座名義								
口座番号								

※振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります

<添付書類>

- ①母子手帳に記載された健康診査記録の写し
- ②保険外で乳幼児健康診査を受診したと分かる領収書写し
- ③振込先通帳の写し

窓口担当者記入欄	本人確認手段 (該当に○)	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・健康保険証・年金手帳・その他 ()
----------	---------------	--