

(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 (請求者と同一住所の場合は、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

<申請に必要な書類>

- ① 申請する乳児健康診査の受診票
- ② 母子健康手帳
- ③ 保険外で乳児健康診査を受診したと分かる領収書写し
- ④ 振込先通帳の写し