

令和 年 月 日

勝山市長 殿

申請者住所 勝山市
氏名
乳児氏名
(生年月日 令和 年 月 日)
電話

勝山市乳児健康診査費等償還払申請書

勝山市乳児健康診査等実施要綱の規定に基づき、乳児健康診査費等の償還払を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、申請にあたり、対象者等の確認のため住民基本台帳を閲覧すること、申請内容の審査において必要な場合に市が医療機関等に対し受診内容の照会をすることについて同意します。

- 助成を受ける額 金 _____ 円
- 助成を受ける項目（○をつけてください。）
 - 新生児聴覚スクリーニング検査
 - 1か月児健康診査
 - 4か月児健康診査
 - 9～10か月児健康診査
- 添付書類
 - 領収書
 - 受診券又は健診を受けた記録が分かるもの
 - 助成金振込み口座のコピー

令和 年 月 日

勝山市長 殿

請求者住所 勝山市
氏名
電話番号

勝山市乳児健康診査費等償還払請求書

金 _____ 円

ただし、年度勝山市乳児健康診査費等償還払として

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
		普 当	
口座名義人（フリガナ）			

発行責任者及び担当者

発行責任者	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ <input type="checkbox"/> 請求者と異なる（氏名 _____ 電話番号 _____）
担当者	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ <input type="checkbox"/> 請求者と異なる（氏名 _____ 電話番号 _____）

