

記入見本

乳児健康診査受診費償還払い申請書兼請求書

延岡市長 様

年 月 日

朱肉を使う印鑑

(申請者)住所 延岡市東本小路2-1

振込先口座名義人と同じ
(保護者)

延岡 花子

延岡

(受診者との続柄 母)

電話 090-1234-5678

延岡市乳児健康診査費の償還払に関する要綱に基づき、関係書類を添えて下記のとおり健康診査費の償還払いを申請します。償還金については下記口座に振り込むよう依頼します。

※太枠内を記入

受診者氏名	延岡 はな		受診した児の氏名	生年月日	令和 2年 1月 23日生	
受診者住所	延岡市 東本小路2-1					
申請内訳	区分	健診受診日	ア 申請額 (領収書額)	イ 空欄のまま の少ない方 の額	イ 申請額 (領収書額)	イ 申請額 (領収書額)
	1回目	令和2年 5月 20日	円	円	円	円
	2回目	令和2年 11月 23日	円	円	円	円
	合計			円	円	円
振込先	金融機関名	延岡	銀行 金庫 農協 漁協	本店 支店 出張所	東本小路	
	預金種別	普通・当座	口座番号	1234567		
	(フリガナ) 口座名義人	ノベオカ 延岡 花子		申請者と同じ		

※ 振込先の情報は正確に記載してください。

振込先の口座名義人は申請者と同一の方としてください。

【市処理欄】	乳児健康診査受診費の償還払いについて次のとおり決定します。	
支給決定年月日	年 月 日	
支給決定金額	円	健康増進課長 印