

乳児健康診査受診費用償還払い申請書兼請求書

年 月 日

延岡市長 様

(申請者) 住所

氏名 (受診者との続柄) 印
電話

延岡市乳児健康診査費用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用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			生年 月日	年 月 日生	
受診者住所	延岡市				
申請内訳	区分	健診受診日	ア 申請額 (領収書額)	イ 支給 限度額	決定額 アとイの少ない 方の額
	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	合 計			円	円
振 込 先	金融機関名		銀行 金庫 農協 漁協	本 店 支 店 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義人				

※ 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用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	おやか保健福祉課長			印