

八戸市乳児健康診査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 八戸市長

申請者住所

(保護者) 氏名

(受診者氏名: 年 月 日生)

電話番号

下記のとおり、乳児健康診査費用の助成について申請します。

また、この申請に伴う書類すべての記載事項について、相違ありません。

申請額 (請求額) 乳児一般健康診査 回分 円

乳児一般健康診査精密検診 回分 円

区 分		単価 (上限額)	金 額
乳児一般健康診査	1 か月児健康診査	6,000 円	円
	3～4 か月児健康診査	5,730 円	円
	6～7 か月児健康診査	5,730 円	円
	9～10 か月児健康診査	5,730 円	円
精密検診	1 か月児健康診査		円
	3～4 か月児健康診査		円
	6～7 か月児健康診査		円
	9～10 か月児健康診査		円
合 計			円

振 込 口 座	金融機関 および 店 名	銀行・金庫・農協・組合		店・支店・所		
	預金種目	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他 ()				
	店 番					
	口座番号					(右づめで記入してください)
	口座名義 (本人名義)	フリガナ				