

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      | 5,730 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<br>および<br>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<br>（本人名義）     | フリガナ   |  |  |  |  |                |