

乳児健康診査費用給付申請書兼請求書

令和5年6月1日

(あて先) 八戸市長

申請者 住所 八戸市田向三丁目1-1

(保護者) 氏名 八戸 花子

(受診者氏名: 八戸 太郎 令和5年4月1日生)

電話番号 090-1234-5678

下記のとおり、乳児健康診査費用の給付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) 乳児健康診査 2回分 10,000 円

乳児健康診査精密検診 1回分 1,200 円

区分		単価 (上限額)	金額
乳児健康診査	1か月児健康診査	5,730 円	5,000 円
	3～4か月児健康診査	5,730 円	5,000 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		1,200 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	青森 <input type="checkbox"/> 銀行・金庫・農協・組合 八戸支庁 店・ <input type="checkbox"/> 支店・所						
	預金種目	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他 ()						
	店番	3	1	1				
	口座番号	8	8	8	8	8	8	8 (右づめで記入してください)
	口座名義 (本人名 義)	フリガナ ハチノヘ ハナコ 八戸 花子						