

乳児健康診査費用給付申請書兼請求書

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 回分 円

乳児健康診査精密検診 回分 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	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)	フカガナ							

