



乳児一般健康診査受診費申請書兼請求書

令和 年 月 日

四 万 十 町 長 様

下記のとおり県外医療機関で受診しましたので、乳児一般健康診査受診費について、関係書類を添えて申請(請求)します。

申請者 (保護者)	フリガナ			電話番号	— —	
	氏名	⑩				
	住所	〒 — 四万十町				
対象児	フリガナ			生年月日	令和 年 月 日	
	氏名					
交付申請内容	※申請額は、領収書の金額をご記入ください。ただし6,776円(ただし令和2年3月受診分までは6,588円)が上限です。					
	健康診査種別	健診受診日	領収書金額	申請額※	受診日 チェック	決定額
	乳児一般健康診査(1回目)	年 月 日	円	円		円
	乳児一般健康診査(2回目)	年 月 日	円	円		円
	合計	回	円	円		円
振込先	金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書き下さい。)		(フリガナ) 口座名義
	農協 銀行 信金 ()	本店 支店 出張所	普通 当座			
	ゆうちょ銀行(郵便局)を指定される場合は、 貯金通帳の見開き下の他金融機関からの受取口座 を記入下さい。					

① 太実線内のみ記入下さい。色付き部分は町記入欄です。

② 乳児一般健康診査に要した費用(保険診療適用外)に関する領収書と未使用の乳児一般健康診査受診票を添付して下さい。

《以下は町記入欄ですので記入しないで下さい。》 チェック 入力 起票

支給決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
---------	-------	--------	---