

牛久市乳児健康診査受診費用助成金支給申請（請求）書

年 月 日

牛久市長様

〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

受診者との続柄 \_\_\_\_\_

下記のとおり負担金の支給を申請（請求）します。

記

受診者名	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日生
	住所		電話番号	
	受診医療機関名		健診受診日	年 月 日
	請求金額	円		
届出金融機関名等	金融機関名 (郵便局以外)	銀行 支店 信用金庫		
	預金の種類	普通 当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

添付書類

1. 主治医が記入した1か月児健康診査受診票・乳児一般健康診査受診票
2. 医療機関発行の領収書
3. 母子健康手帳の健診結果記載欄の写し