

羽曳野市乳児一般健康診査費助成申請書

令和 年 月 日

羽曳野市長 様

申請者 住所
氏名 印
続柄 電話

下記のとおり乳児一般健康診査費の助成を受けたいので申請します。

受診者	住所	羽曳野市		
	フリガナ 氏名			男・女
	生年月日	平成・令和	年	月 日生
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協 支店			
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	口座名義人	(カキで記入)		

この二重線枠内については、医療機関で記入してください。

<医療機関記入欄>	
受診日	領収額
年 月 日	円
上記金額を乳児一般健康診査による本人負担額として領収したことを証明します。	
所在地	〒
医療機関名	
代表者名	印
TEL	() -

※ 以下は、記入しないで下さい

助成決定額	円
-------	---

受付番号	
受付日	令和 年 月 日
受付担当者	