

宇陀市 1 か月児健康診査費用請求書

宇陀市長 様

申請者（保護者） 氏 名 ㊞
住 所
電話番号（

宇陀市 1 か月児健康診査実施要綱第 9 条の規定により、下記のとおり健康診査に要した費用について、補助を受けたく申請します。

受診者	住所 （＊１）	☐ 保護者の住所と同一の住所（予定を含む）					
		☐ 保護者の住所と異なる住所（予定を含む） （住所					
	氏名						
	生年月日	年 月 日					
健診受診年月日	年 月 日						
健診受診医療機関名							
申請額（自己負担金）	円						
負担決定額（＊２）	円						

（＊１）該当する項目の□にチェックしてください。保護者の住所と異なる住所（予定を含む）の場合は、その住所を記載してください。

（＊２）太枠内は、宇陀市が記入します。

- 添付書類 ） ① 1 か月児健診の費用の支払に係る領収書の写し
② 母子健康手帳等の 1 か月児健診を受診したことが分かる部分の写し
③ 振込先金融機関の口座確認書類
④ 1 か月児健康診査問診票（第 7 号様式）

振込先口座

支 払 機 関 名		預 金 種 別		口 座 番 号					
銀行 農協 信金	支店	普通・当座・その他(総合)							
	店番	カナ(必ず記入)							
		口座名義人							