



乳児等健康診査費助成金の償還払に係る請求書

朝来市長 様

別紙証拠書類を添えて、乳児等健康診査費助成金の償還払について請求します。
 なお、請求内容審査のため、市長が医療機関等へ受診内容の照会をすることを承諾します。

			申請年月日	年	月	日
請求者	ふりがな					生年月日
	氏名	(自署されない場合は記名押印してください。)				年 月 日
	現住所	〒 朝来市				電話 ()
乳児等氏名				生年月日	年	月 日
健診等種別	受診日	医療機関名	支払額 (A)	助成限度額 (B)	請求額 (A)と(B)の少ない方	
聴覚検査	年 月 日			5,000円		
2週間児健診	年 月 日			—		
1箇月児健診	年 月 日			—		
請求金額		金 _____ 円				
上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。						
金融機関名	銀行、信用金庫、農協					
支店名	本店、支店、出張所、本所、支所					
種別	普通 ・ 当座	口座番号				
(ふりがな) 口座名義人						

注意 この請求書に次の書類を添付してください。

- 医療機関等で実施した新生児聴覚検査及び1箇月児等健康診査の費用の領収書
- 聴覚検査及び1箇月児等健康診査結果書類又は母子健康手帳の写し
- 乳児等健康診査費助成金(新生児聴覚検査)交付決定通知書兼助成券及び乳児等健康診査費助成金(1箇月児等健康診査)交付決定通知書兼助成券(交付を受けていない方は必要ありません)

<担当課記入欄>

交付(不交付)決定日	年 月 日
償還払理由	<input type="checkbox"/> 助成券未交付、紛失 <input type="checkbox"/> 委託医療機関外 <input type="checkbox"/> その他 ()
添付書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 検査結果書類又は母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査費助成券(発行番号 —) <input type="checkbox"/> 1箇月児等健康診査費助成券(発行番号 —)