

様式第4号（第9条関係）

乳児等健康診査費助成金の償還払に係る請求書

受付印

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			
健診種別		受診日		医療機関名			請求額		
聴覚検査		年 月 日					円		
2週間児健診		年 月 日					円		
1箇月児健診		年 月 日					円		
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。

- (1) 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
- (2) 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
- (3) 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	☐ 助成券未交付、紛失 ☐ 委託医療機関外 ☐ その他（ ）
添付書類 確認欄	☐ 領収書 ☐ 検査結果書類又は母子健康手帳 ☐ 新生児聴覚検査費助成券（発行番号 — ） ☐ 1箇月児等健康診査費助成券（発行番号 — ）