

取手市乳児健康診査償還払申請書兼請求書

年 月 日

取手市長 殿

申請者・請求者氏名 \_\_\_\_\_

〒

住所 \_\_\_\_\_

(受診者との関係 \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_

乳児健康診査における償還払について、取手市妊産婦健康診査、乳児健康診査等実施要綱第10条第2項の規定により下記のとおり申請し、及び請求します。

乳児健康診査受診者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	取手市	
添付する受診票	乳児健康診査（第1回）・乳児健康診査（第2回）			
請求額内訳	健康診査の区分	償還払上限額（A）	受診者支払額（B）	請求額（A）又は（B）いずれか少ない額
	乳児健康診査（第1回）	円	円	円
	乳児健康診査（第2回）	円	円	円
合計請求金額	円			
振込先	金融機関	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 出張所	普通・当座
	口座番号	フリガナ ----- 口座名義人		

※記入された個人情報については、この目的以外には使用しません。

※提出後の振込先口座の変更はできかねます。

市記入欄	日付	受付担当者

取手市乳児健康診査償還払申請書兼請求書

~~年 月 日~~

取手市長 殿

申請者・請求者氏名 取手 花子  
 住所 取手市新町 2-5-25 取手ウェルネスプラザ 2階  
 (受診者との関係 母)  
 電話番号 0297-〇〇-△△△△

乳児健康診査における償還払について、取手市妊産婦健康診査、乳児健康診査等実施要綱第10条第2項の規定により下記のとおり申請し、及び請求します。

乳児健康診査受診者	フリガナ	トリデ タロウ		
	氏名	取手 太郎		
	生年月日	令和 〇年 〇月 〇〇日		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	取手市	
添付する受診票	乳児健康診査 (第1回) ・ 乳児健康診査 (第2回)			
請求額内訳	健康診査の区分	償還払上限額 (A)	受診者支払額 (B)	請求額 (A) 又は (B) いずれか少ない額
	乳児健康診査 (第1回)	6,000 円	<del>〇〇〇 円</del>	<del>〇〇〇 円</del>
	乳児健康診査 (第2回)	6,000 円	<del>〇〇〇 円</del>	<del>〇〇〇 円</del>
合計請求金額	<del>〇〇〇 円</del>			受診者支払額 (B)、請求額、合計請求金額については未記入でお願いします。
振込先	金融機関	△△ <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">銀行</span> ・金庫 組合・農協	〇〇 本店・ <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">支店</span> 出張所	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">普通</span> ・当座
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 8		フリガナ トリデ ハナコ 口座名義人 取手 花子

※記入された個人情報については、この目的以外には使用しません。  
 ※提出後の振込先口座の変更はできかねます。

市記入欄	日付	受付担当者