

福知山市 **1か月児健康診査費** 支給申請書

年 月 日

福 知 山 市 長 様

申請者 住 所 〒

福知山市.....

氏 名(続柄.....)

電話番号.....

下記のとおり、1か月児健康診査費の支給を申請します。

フリガナ 対象児氏名		受診券交付番号	
児生年月日	年 月 日	受診券交付日	年 月 日
受診 医療機関	()都・道・府・県()市・町・村	受診年月日	年 月 日
申請理由	1 府外(委託外)医療機関受診のため 2 その他()		

下記の口座に振り込み願います。

金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合		本店 支店 支所			
	ゆうちょ銀行		店番(3けた)			
種 目	普通・当座	口 座 番 号 7けた				
フリガナ 口座名義						

申請者と振込先口座名義が違う場合、以下にも記名をお願いします。

口座名義人は(夫・妻・その他())であり、当該口座に振り込むことについては、異存ありません。
申請者氏名

※下欄は、記入しないでください。

確認欄	届出方法 <input type="checkbox"/> 窓口受付 <input type="checkbox"/> 郵送受付 受付者()
-----	---

支払決定額	自己負担額		支給決定額	
	添付書類	1 領収書 2 受診券 3 母子健康手帳の結果の写し 4 通帳等の写し 5 その他()		
	備考			