

様式第4号（第5条関係）

1か月児健康診査償還払い申請書兼請求書

年 月 日

丹波篠山市長 様

申請者（保護者）

住所

氏名

印

電話

丹波篠山市妊婦・産婦・1か月児健康診査及び新生児聴覚検査助成金交付要綱第5条の規定により、健康診査費の償還払を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。なお、必要な場合には、市が医療機関に対し診査内容等を照会することに同意します。

乳 児	ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日
	住所			
受診日	年 月 日	申請額	円	
受診医療機関				

振込先（申請者名義）		
金融機関	本・支店名	種別
銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店 出張所	普通 当座
口座番号		口座名義人
		ふりがな

\* 1か月児健康診査に要した費用（保険診療適用外）に関する領収書・助成券と問診票を添付してください。添付の助成券を上限に償還払いをします。

市記入欄			
支給決定年月日	年 月 日	支給確定額 (上限 6,000 円)	円