1 か月児健康診査費用請求書

年 月 日

香芝市長

住 所
氏 名
電 話 番 号

請 求 額 金 円

対象児	住 所	☐ 申請者と同じ
	フリガナ氏名	
	生 年 月 日	年 月 日
保護者	住 所	☐ 申請者と同じ
	フリガナ氏名	
	生 年 月 日	年 月 日
受診医療機関等の住所及び名称		
受 診 日		年 月 日

振込先

支払機関名		預金種別	口座番号					
銀行	支店	普通・当座・その他()						
	店番	フリガナ						
農協								
信金		口座名義人						

添付書類

- 領収書の写し又は支払額等が確認できる書類の写し
- 母子健康手帳の写し（受診日及びその結果の記載があるページ並びに出生届出済証明のページ）
- 1 か月児健康診査受診券