

1 か月児健康診査費給付申請書兼請求書（償還払用）

年 月 日

（宛先）焼津市長

住所  
申請者 氏名 ㊟  
電話

焼津市1か月児健康診査実施要綱第8条の規定により、健康診査費用の給付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 か月児健康診査を受診した者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
健康診査実施機関 （医療機関・助産所） 該当機関に○印を付けてください。	名 称	
	所 在 地	
	電話番号	
受 診 日		申 請 額
年 月 日		円

（添付書類）

- 1 か月児健康診査に係る費用の支払を証する領収書
- 1 か月健康診査の診査項目が分かるもの
- 母子健康手帳
- 焼津市から交付を受けた1か月児健康診査受診票

<振込先口座>

口座振込先	金融機関名		支店名	
金融機関名	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ				
口座名義				

【以下は、市記入欄ですので記入しないでください。】

領 収 金 額	円	受給者番号	
対象外の経費	円	給付決定年月日	年 月 日
給付対象経費	円	給付決定額	円