

郡山市乳児健康診査費用請求書

年 月 日

郡山市長

下記のとおり、（4か月児健康診査・10か月児健康診査）費用を請求します。

受診者氏名			生年月日	年	月	日								
保護者氏名 （請求者）			受診者との 続柄											
住所	〒 - 郡山市		電話番号	（ ）										
郡山市で受診 できなかった 理由														
申請金額 _____ 円														
振 込 先	銀行等の名称		本支店名		普通 当座	口座番号								
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所			<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
<input type="checkbox"/> 座 名義人	フリガナ		-----											
	氏名													

市 記 入 欄	承認 ・ 不承認（事由： _____）	決定金額	円
	備考	決定年月日	年 月 日

【添付書類】

- 1 健診費用を確認できる領収書
- 2 母子健康手帳の写し（お子さんのお名前記載があるページ・健診の結果が分かるページ）
- 3 郡山市の4・10か月健康診査票（請求用）

- ※ 太枠に御記入ください。
- ※ 申請金額の全額ではなく、助成範囲内で払い戻しをします。