

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、乳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 ()									
指定の医療機関 で受診できなかつた理由											
請求金額		該当健診	自己負担額(保険診療分を除く)	申請金額	助成上限額(市側記入欄)						
		☐ 1 か月児健診									
		☐ 4 か月児健診									
		☐ 10か月児健診									
		該当健診にレ点チェック									
		申請金額 計 円									
振 込 先	銀行等の名称		本支店名		普通 当座	口座番号					
	☐ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 農協		☐ 支店 ☐ 出張所 ☐ 支所								
	口座 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1・4・10か月健康診査票 (郡山市保管用または請求用)

※ 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。