様式第5号（第8条関係）

年　　　月　　　日

身延町長　　　　　　　　様

（請求者）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　㊞

乳児一般健康診査費助成請求書

次のとおり、請求します。

【　　　回目】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乳児  氏名 | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日生 | |
| 保護者  氏名 | |  | | 母子健康  手帳No. | |  | |
| 住　所 | | TEL | | | | | |
| 支払金融機関 | 金融機関名 | | 本店　・　支店 | | 口座番号 | | 普通　・　当座  （　　　　　　　　） |
| (フリガナ) | |  | | | | |
| 口座名義 | |  | | | | |
| 助成請求額  （助成限度額5,350円） | | | □　５，３５０円　（5,350円を超えた分の金額は自己負担）  □　　　　　　円　（限度額に満たない場合に記入） | | | | |

※「領収書（原本）」と「診療明細書」を添付して請求してください。