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。