

年 月 日

身延町長 様

(申請者)

住所

氏名

㊞

乳児一般健康診査委託外健診受診費助成申請書

次のとおり、申請します。

【 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 ()
	(フリガナ)			
	口座名義			
助成申請額 (助成限度額 5,350 円)		<input type="checkbox"/> 5,350円 (5,350円を超えた分の金額は自己負担) <input type="checkbox"/> _____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」を添付して申請してください。