

様式第1号（第8条関係）

年 月 日

身延町長 様

(請求者)

住 所

氏 名

㊞

1 か月児健康診査費助成請求書

次のとおり、請求します。

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 6,000 円)	<input type="checkbox"/> 6,000 円 (6,000 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」を添付して請求してください。