様式第３号（第７条関係）

乳児一般健康診査償還払い申請書兼請求書

　年　　月　　日

古河市長　宛て

住所

申請（請求）者　氏名

（自署又は本人確認書類の提示等により押印省略可)

電話番号

　　乳児一般健康診査に係る償還払いについて、古河市妊産婦健康診査及び乳児一般健康診査実施要綱第７条第２項の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康診査受診者 | ふりがな氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒古河市 |
| 電話番号 | 　 | 母子健康手帳番号 |  |
| 申請する受診内容に〇を付ける。 | 1か月児健康診査　　　　第1回　　　　　第2回 |
| 乳児一般健康診査内容 | 償還払い上限額（A） | 受診者支払額（B） | 請求額（A）又は（B）いずれか少ない額 |
| 1か月児健康診査 | 6,000円 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　円 |
| 1回目 | 6,000円 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 |
| 2回目 | 6,000円 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 |
| 右の金額を請求します。 | 円　 |
| 振込先 | 名称 | 店　 |
| 口座番号 | (普通・当座) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 口座名義 | 　 |

　注　この様式は、適宜補正して使用することができる。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市処理欄 | 本人確認書類：□マイナンバーカード（個人番号カード）□運転免許証　□在留カード　□その他（　　　　　　）　※その他については、官公庁が発行した顔写真入りの書類（「氏名及び生年月日」又は「氏名及び住所」が記載されたものに限る。） | 確認者 |
|  |
| 確認方法：□提示　□提出（持参・郵送・電子申請） |