

【記入例】・丸で囲んだところを記入・押印してください。

・請求額内訳は記入しないでください。領収書を確認し、子育て包括支援課で記入いたします。

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○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				