

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			

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：	確認者
	☐ 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。）	
	確認方法： ☐ 提示 ☐ 提出（持参・郵送・電子申請）	