様式第5号（第8条・第9条関係）

山陽小野田市乳児健康診査費助成請求書

年 月 日

山陽小野田市長 あて

申請者 住 所 山陽小野田市
氏 名
連絡先

山陽小野田市乳児健康診査実施要綱第8条第2項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて助成を請求します。

記

健診受診日	一般健康診査			精密健康診査				
	1 か月児：	年	月	日	1 か月児：	年	月	日
	3 か月児：	年	月	日	3 か月児：	年	月	日
	7 か月児：	年	月	日	7 か月児：	年	月	日
請求額	円							
実施 医療機関名	所在地							
	名称							
振込先	金融機関名	銀行		本店				
		金庫		支店（支所）				
	組合		出張所					
	預金種目	口座番号（右詰）						
	普通・当座							
	フリガナ							
	口座名義人							
受理年月日	年	月	日	決定年月日	年	月	日	

添付書類：領収書

山陽小野田市乳児一般健康診査受診票

山陽小野田市乳児精密健康診査受診票