

豊岡市 1 箇月児健康診査費助成金請求書

豊岡市長 様

別紙証拠書類を添えて、1 箇月児健康診査費助成金を請求します。
 交付決定された助成金については、下記の口座に振込みを依頼します。
 なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。
 また、請求内容審査のため、豊岡市が医療機関等へ受診内容の照会をすることを承諾します。

		請求日	年 月 日
対象児	フリガナ		
	氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 豊岡市	
受診医療機関名			
受診年月日		年 月 日	
請求金額		円 (上限 4, 500 円)	
請求者 (保護者)	氏 名		
	電話番号	(日中連絡のつく電話番号)	
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象児と同じ <input type="checkbox"/> 対象児と異なる (豊岡市)	
金融機関名		銀行・信用組合 信用金庫・農協	支店名 本店・出張所 支店
口座番号		種 別	普通 ・ 当座
フリガナ			
口座名義人			