

燕市乳児健康診査費払戻し申請書

燕市妊産婦健康診査費及び乳児健康診査費助成事業実施要綱により助成を受けたいので、関係書類を添えて乳児健康診査費払戻しの申請をします。

令和 年 月 日

燕市長様

*太枠内をご記入ください

申請者	(フリガナ) 氏名	()	母子健康手帳番号	
	住所	〒 -	電話番号	()
受診者	(フリガナ) 児氏名	()	生年月日	令和 年 月 日
<p>【同意書】 乳児健康診査費の払戻しを受けるにあたり、必要があるときは市が住民基本台帳閲覧および受診医療機関等への内容確認等、関係部署等に確認することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ (印) (自署の場合は押印不要)</p>				

○ 領収書がない場合、医療機関で下記内容を記入してもらってください。

(受診票を使用した場合や領収書をお持ちの方は、下記の記入は必要ありません)

乳児健康診査実施日	乳児健診分負担額	検査等、左記以外の自由診療負担額(内訳)
令和 年 月 日	円	円 ()
<p>上記のとおり領収しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地 名称 代表者氏名</p>		

(市記入欄)

受診年月日	自由診療分自己負担額	助成対象額(年度)	助成内容内訳
年 月 日	円	円	円