

大淀町1か月児健康診査費用還付申請書兼請求書

令和 年 月 日

大淀町長 様

住 所 大淀町

氏 名

申請者

電話番号

受診児との続柄 ()

次の通り、1か月児健康診査費用の還付を申請します。また、還付要件に該当の有無を確認するために必要な情報について、町が関係機関に確認することに同意します。

(ふりがな) 受診児氏名		生年月日	令和 年 月 日
住 所 ※上記住所と異なる場合のみ記載			

※受診日時時点で本町に受診児の住民票がない場合、還付の対象になりません。

受診日	1か月児健康診査費用 (保険適用分を除く)	還付額 ※ 町記入
年 月 日	円	円

※1か月児健康診査は上限6,000円の還付となります。

(健診にかかった費用が上限金額よりも少ない場合は、少ない方の額を還付します。)

振 込 先	金融機関名 及び店名	銀行・信用金庫 農協		本店 支店
	口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
	ふりがな 口座名義人			

【 必要書類 】

- ① 領収書
- ② 診療明細書など (1か月児健康診査を受診したことが分かるもの)
- ③ 受診結果が分かるもの (母子健康手帳)
- ④ 振込先金融機関口座 (預金通帳またはキャッシュカードの写し)