

龍ヶ崎市乳児健康診査等償還払申請書兼請求書

年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請者・請求者

住 所

氏 名

印

受診者との関係

電話番号

乳児健康診査等における償還払いについて、龍ヶ崎市妊産婦及び乳児健康診査等実施要綱第10条第2項の規定により下記のとおり申請し、及び請求します。

受診者	フリガナ		生年月日	
	氏名		年 月 日	
	住所			
	電話番号		母子健康手帳番号	
区分(該当する項目を○で囲む。)	新生児聴覚検査	初回検査 確認検査		
	1か月児健康診査	1か月児健康診査		
	乳児健康診査	第1回 第2回		
合計請求金額	円			
	金融機関名	銀行	店	普通
		金庫	支店	当座
	口座番号	組合	出張所	(該当を○で囲む。)
		フリガナ		
		口座名義人		

<個人情報の取扱いについて>

この申請書兼請求書に記載された個人情報については、この目的以外には使用しません。