

様式第11号(第10条関係)

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	〒301- 龍ヶ崎市		
	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	
	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 金庫 組合	店 支店 出張所	普通 当座 (該当を○で囲む。)
	口座番号		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。

注 別紙の請求額内訳一覧表もあわせて記入してください。