

1か月児健康診査(償還払い)請求書兼申請書 佐世保市長様 別添(1か月健康診査票・領収書)のとおり1か月健康診査を 長崎県外で受診しましたので、1か月健康診査(償還払い)の支給を申請します。 年 月 日 (申請者) 住所 佐世保市 町(丁目) 番 号 氏名 (印) (乳児との続柄) 電話番号										
乳児氏名		(フリガナ)		母子手帳番号		No.				
				生年月日		年 月 日				
生年月日		年 月 日		住所		町 丁目 番 号				
受診した 県外の医療機関名				県外の医療機関の住所		都・道・府・県				
口座振込 依頼欄 (申請者の 名義のも の)	金融機関名			店舗名			種目		口座番号	
	銀行・農協 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所			1 普通 2 当座 3 その他			
	金融機関コード			店舗コード			口座 名義人		(フリガナ)	
請求金額		円		※公費負担額は、5,400円が上限です。						

*** 申請をされる方へ**
 この用紙と、県外医療機関で受診された1か月児健康診査票と領収書を提出して下さい。
 なお、提出された書類は、返還できませんのでご了承下さい。

受付年月日 年 月 日
 窓口 ・ 郵送
 受付担当者