



河内長野市乳児健康診査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

（あて先） 河内長野市長

下記のとおり乳児健康診査費用助成金を申請の上請求します。なお、請求内容等に虚偽又は瑕疵が発覚した場合は、直ちに市長に対し受領した金額を返還することを承諾します。また、請求の適否を判断するために必要な場合は、河内長野市が健康診査実施医療機関、助産所並びに医師会等に対し、本請求に係る情報の照会及び提供並びに検査の内容等の照会をすることに同意します。

（申請者は、太枠の中を記入してください）

Form with fields: 申請兼請求者 (住所, 氏名, 受診者との続柄, 電話), 振込先金融機関 (銀行, 信用金庫, 農協, 本店, 支店), 預金種目 (普通・当座), 口座番号, 口座名義人 (カタカナで記入)

河内長野市から受ける助成金は、上記の預金口座へ振込みの方法によりお支払いください。また、申請者兼請求者と口座名義が異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、上記指定口座への振込をもって河内長野市からの助成金の受領と認めます。

Form with fields: 健康診査の種類 (乳児健康診査, 乳児後期健康診査), 受診者 (住所 ※転出者は受診時の住所, フリガナ, 氏名, 生年月日)

《医療機関記入欄》 別紙のご案内を参照の上、ご記入ください。

Table with 4 columns: 名称, 領収額, 領収日, 受診日. Rows for 乳児健康診査 and 乳児後期健診.

上記金額を健康診査による本人負担額として領収したことを証明します。

所在地 〒

医療機関名

代表者名



TEL

※内容に訂正がある場合は、訂正印として医療機関の印鑑を捺印してください。

助成申請・請求額 _____ 円 (※)

※助成金の額については、支払った費用と河内長野市乳児健康診査実施要領に規定する基準額のいずれか少ない方の額となります。