

様式第2号(第7条関係)

五條市すこやか親子事業負担金請求書

年 月 日

五條市長 様

請求者 住所...五條市.....

氏名.....

電話番号.....

五條市すこやか親子事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて下記決定額のとおり請求します。

対象者情報	氏名		生年月日			
	産婦					
	乳児					
申請する健康診査等	該当する項目に○を付けてください。		受診日	健診費用 (保険適用分を除く)	決定額 ※市記入欄	
	産婦健康診査 (1回目)					
	産婦健康診査 (2回目)					
	生後1か月児 健康診査					
	新生児聴覚検査					
添付書類	<input type="checkbox"/> 医療機関が実施結果等を記載した受診券 <input type="checkbox"/> (受診券に実施結果等の記載がない場合) 親子健康手帳の経過欄の写し <input type="checkbox"/> 健康診査等に係る領収書及び明細書の原本				合計	
振込先	銀行 金庫 組合	本店 支店		普通 ・ 当座		
	口座番号					
	フリガナ					
	口座名義					

裏面もご記入ください。

請求要件 確認事項	1 対象者の住民登録が、受診日において五條市に住 所を有する。	はい ・ いいえ
	2 受診日から起算して6か月以内の申請である。	はい ・ いいえ
	3 他市町村で当該費用に係る助成を受けていない。	はい ・ いいえ
	4 負担金の支払に当たり必要な場合、五條市が実施医 療機関等に受診や支払状況について照会すること に同意する。	はい ・ いいえ

注) 振込先の名義人が請求者と異なる場合は、委任状をご記入ください。

<p>委任状</p> <p>五條市すこやか親子事業負担金の受取りを下記に委任します。</p> <p>委任先（口座名義人）： _____</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p>
--