

年 月 日

潟上市長 様

住 所

申請者（保護者）

氏名

電話番号

乳幼児健康診査に係る自己負担金払い戻し申請書

乳幼児健康診査を委託医療機関以外で受診したため、支払い済み自己負担金の払い戻しを申請します。

なお、払い戻しに当たっては、下記の口座へ振り込みください。

乳幼児健康診査 を受けた者	フリガナ	
	氏 名	
生 年 月 日	年 月 日	

●口座振込先（振込先はできるだけ申請者本人の口座を記入すること。）

金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合			本店 支店 出張所
種 別	1. 普通 2. 当座	口座番号		
口座名義人	フリガナ			
	氏 名			

添付書類

- (1) 領収書原本及び明細書（内訳のわかるもの）
- (2) 通帳の見開きページ（支店名記載のあるページ）や口座情報がわかるものの
写し
- (3) 健診票及びアンケート票