

# 乳児一般健康診査支払申請書 及び口座振替依頼書

年 月 日

豊能町長 宛

住所 豊能町 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

連絡先 \_\_\_\_\_

受診者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

下記の通り健康診査費の支給の申請します。  
なお、受給額については下記へ振込を依頼します。

受 診 者	フリガナ 氏 名		
	住所 豊能町		
医 療 機 関 名	所在地 名称 電話		
支 給 申 請 額	円 (町健康診査算出額)		
健康診査費を 支払った理由	町が個別契約を締結した医療機関以外で乳児一般健康診査を受診したため		
振 込 先 (申請者の口座)	銀 行 信用金庫 支店		
	預金区分	普 通 当 座	口座番号
			フリガナ 口座名義