

	医療機関コード番号													
乳児健康診査請求書 請求金額 金 円 ただし、 令和 年 月分 《内訳》 <table><tr><td></td><td>補助上限額</td><td>件数</td><td>金額</td></tr><tr><td>乳児(1か月児)健康診査</td><td>7,420円</td><td>件</td><td>円</td></tr><tr><td>乳児(後期)健康診査</td><td>7,420円</td><td>件</td><td>円</td></tr></table> 上記の通り請求します。 令和 年 月 日 豊中市長 様 所在地 名 称 代表者氏名 (電話) 印				補助上限額	件数	金額	乳児(1か月児)健康診査	7,420円	件	円	乳児(後期)健康診査	7,420円	件	円
	補助上限額	件数	金額											
乳児(1か月児)健康診査	7,420円	件	円											
乳児(後期)健康診査	7,420円	件	円											

※ 請求金額・内訳・年月日・実施機関所在地・名称・代表者氏名を記入の上、押印をお願いいたします。
※ 請求金額・内訳等を修正した場合は、必ず訂正箇所 to 訂正印を押印してください。
※ 乳児一般(1か月児)健康診査受診票を必ず添付してください。
※ 請求書の控えは各実施機関にて保管をお願いします。

《振込先》 ※ 初めての請求及び振込先を変更した場合は、必ずご記入下さい。

		記入理由	初回 ・ 変更
銀行	支店	普 ・ 当	No.
口座名義	フリガナ		

	医療機関コード番号													
乳児健康診査請求書 請求金額 金 円 ただし、 令和 年 月分 《内訳》 <table><tr><td></td><td>補助上限額</td><td>件数</td><td>金額</td></tr><tr><td>乳児(1か月児)健康診査</td><td>7,420円</td><td>件</td><td>円</td></tr><tr><td>乳児(後期)健康診査</td><td>7,420円</td><td>件</td><td>円</td></tr></table> 上記の通り請求します。 令和 年 月 日 豊中市長 様 所在地 名 称 代表者氏名 (電話) 印				補助上限額	件数	金額	乳児(1か月児)健康診査	7,420円	件	円	乳児(後期)健康診査	7,420円	件	円
	補助上限額	件数	金額											
乳児(1か月児)健康診査	7,420円	件	円											
乳児(後期)健康診査	7,420円	件	円											

※ 請求金額・内訳・年月日・実施機関所在地・名称・代表者氏名を記入の上、押印をお願いいたします。
※ 請求金額・内訳等を修正した場合は、必ず訂正箇所 to 訂正印を押印してください。
※ 乳児一般(1か月児)健康診査受診票を必ず添付してください。
※ 請求書の控えは各実施機関にて保管をお願いします。

《振込先》 ※ 初めての請求及び振込先を変更した場合は、必ずご記入下さい。

		記入理由	初回 ・ 変更
銀行	支店	普 ・ 当	No.
口座名義	フリガナ		