

	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》			
	補助上限額	件数	金額
乳児(1か月児)健康診査	6,925円	件	円
乳児(後期)健康診査	6,925円	件	円
上記の通り請求します。			
豊中市長 様		令和 年 月 日	
〒			
所在地			
名 称			
代表者氏名			
(電話)			

※ 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^①に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。

《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》			
	補助上限額	件数	金額
乳児(1か月児)健康診査	6,925円	件	円
乳児(後期)健康診査	6,925円	件	円
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)			

※ 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^①に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。

《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				