

別記

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

鹿屋市長 様

受診者

住 所

電 話

氏 名

印

鹿屋市1か月児健康診査受診費償還払交付申請書兼請求書

鹿屋市1か月児健康診査受診費の償還払を受けたいので、鹿屋市1か月児健康診査受診費の償還払に関する要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 申請額 円 （上限4,000円）

2 振込先

振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人
銀行	本店	普通		フリガナ
金庫	支店	当座		
農協	出張所			

受診費の償還払に係る受領に関することを下記の者に委任します。  
※口座名義が申請者と異なる場合  
受任者 住所  
氏名 印 受診者との続柄（ ）

◎添付書類等

- 医療機関等が発行した1か月児健康診査受診に係る領収書
- 健康診査の内容及び料金が分かるもの（診療報酬明細書の写し）
- 振込口座が確認できるものの写し
- 受診記録が確認できる書類（母子健康手帳「1か月児健康診査」欄の写し）