

別記様式（第 1 1 条関係）

池田市乳児健康診査等費用償還申請書

年 月 日

池 田 市 長 様

申請者（保護者）住所 池田市

氏名

※本人が手書きしない場合は押印が必要です。

電話 ()

下記の理由により委託医療機関等以外で 1 か月児健康診査を受診又は新生児聴覚検査を受検しましたので、別添の書類を添えて受診料又は検査料の請求をします。なお、償還については、下記の預金口座への振込をもって受診料又は検査料を受領したものと認めます。

対象児氏名										
委託医療機関等 以外で受診、受検 した理由(番号に○)	1. 受診又は受検医療機関等が大阪府外にあるため 2. 里帰りのため 3. その他 ()									
請求金額	1 か月児健康診査 円									
	新生児聴覚検査 円									
	合計 円									
振込口座 (保護者名義)	金融 機関名	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協 本店 支店 支所 出張所								
	口座番号	右詰で記入してください。								
	預金種別	普通 当座	口座 名義		(フリガナ) (お名前)					
	ゆうちょ銀行	店番				口座番号				
	振込口座	預金種別	普通・当座・その他 ()							
	口座名義		(フリガナ) (お名前)							

添付書類・医療機関・助産所発行の領収書及び明細書

- 母子健康手帳（新生児聴覚検査又は 1 か月児健康診査の記録）の写し
- 未使用の新生児聴覚検査受検票、乳児一般（1 か月児）健康診査受診票