池田市乳児健診等費用償還申請書兼請求書

年　　月　　日

池　田　市　長　様

申請者（保護者）住所　池田市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

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また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検査料の請求をします。なお、検査料の償還については、下記の預金口座への振込みをもって検査料を受領したものと認めます。

<table>
<tr><td>乳児氏名</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>委託医療機関等以外で受検した理由(番号に〇)</td><td colspan="8">１．受診また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（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">請求金額</td><td colspan="8">1か月児健康診査　　円</td></tr>
<tr><td colspan="8">新生児聴覚検査　　円</td></tr>
<tr><td colspan="8">合計　　円</td></tr>
<tr><td rowspan="7">振込口座
（保護者名義）</td><td>金融機関名</td><td colspan="7">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</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="6"></td><td>右詰で記入してください。</td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td>普通
当座</td><td>口座
名義</td><td colspan="5">（フリガナ）
（お名前）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ゆうちょ銀行
振込口座</td><td>店番</td><td></td><td></td><td></td><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td colspan="10">普通・当座・その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">口座名義</td><td colspan="9">（フリガナ）
（お名前）</td></tr>
</table>

添付書類・医療機関・助産所発行の領収書

・母子健康手帳（新生児聴覚検査または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