

## 河北町1か月児健康診査費償還払申請書兼請求書

年 月 日

河北町長 様

私は、河北町1か月児健康診査事業実施規程第9条により、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

### 1 請求者

住所	河北町	電話番号	
フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
氏名		新生児との 続柄	

### 2 請求する1か月児健康診査費用

受診日	自己負担額	※助成額
年 月 日	円	円
	合計	円

### 3 振込先（請求者の名義のもの）

口座名義（カタカナ）			
金融機関名		支店名	
普通・当座	・ 普通預金                      ・ 当座預金		
支店番号			
口座番号			

- 注 1) 太枠内を記入してください。  
2) ※欄は請求当日に記入していただきます。