

様式第5号（第9条関係）

先天性股関節脱臼検診費支給申請書兼請求書

年 月 日

さくら市長 様

住 所 さくら市

申請者 氏名 ㊟

電話番号

乳児氏名	ふりがな.....	男	生年月日
		女	年 月 日（満 歳 箇月）
申請者	住所	乳児との続柄	
	氏名		

※申請者は保護者とし、申請者名及び口座名義人は同一人を記入してください。

振込先 金融機関名	銀行 支店	口座番号	(普通・当座)
		フリガナ	
		口座名義	

医療機関記入欄

股関節脱臼検診料金	円	医療機関 所在地
検診年月日	年 月 日	名称 代表者名

さくら市記入

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	受付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決定	年 月 日
					支給	年 月 日
確認欄	1 実施年齢 ()		2 実施医療機関 ()			
支給状況	支給金額		円			