

津市 1か月児健康診査実施報告書(兼)請求書

(あて先) 津市長

住 所 〒

医療機関名

氏 名

印

TEL

1か月児健康診査費の助成金(令和 年 月分)の支払を受けたいので、次のとおり請求します。

区分	助成金	件数	請求金額
1か月児健康診査	円	人	円

支払方法	① 口座振替 ② 小切手 ③ 納付書	(金融機関)		(店舗名)	(預金区分)	
		口座番号	フリガナ			
			口座 名義人			

<請求書送付先>

〒514-1192

津市久居新町3006番地 津市久居保健センター(ポルタひさい1階)

TEL(059)255-8865 FAX(059)255-1999

請求書番号	※