

とやまっ子 子育て応援券 請求書 (月分)

金額		+	万	千	百	十	円
----	--	---	---	---	---	---	---

上記の金額を請求します。

上記の請求金額を次の口座に振込願います。(※ゆうちょ銀行への振込はできません。)

銀行 信金 信組 農協	支店	当座 預金 普通	口座番号 (右づめ)				
フリガナ							
口座名義							

年 月 日

(あて先) () 市町村長 様

〒 _____ 住 所

医療機関・助産所・歯科医療機関・産後ケア事業所

代表者名 _____ 印

TEL () _____

内 訳

(単位：円)

提供サービス	利用人数	応援券 単価①	応援券 利用枚数②	応援券利用金額 (①×②)
任意の予防接種 (インフルエンザ、おたふく風邪)		500		
乳児健康診査		500		
母乳相談、母乳マッサージ、乳児の沐浴指導		500		
産後ケア		500		
フッ素塗布		500		
合計		500		

※当該月の請求は、翌月の10日までに、所在市町村の児童福祉担当課又はジフテリア等法定の予防接種券の請求先に送付願います。

※添付書類：使用済み応援券 (裏面に「利用年月日」、「受領機関(者)名」を記入)

※押印は、請求先市町村の財務規則等に応じて省略可能です。市町村にご確認ください。