

(宛先)桜井市長

(申請者)住所

ふりがな

氏名

電話番号 — —

(日中連絡がつく番号をご記入ください。)

桜井市1か月児健康診査助成申請書兼請求書

下記の日程で受診した1か月児健康診査の健診費用について、助成を受けたいので1か月児健康診査費用の助成に関する要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

金 円也  
(1か月児健康診査受診に要した費用への助成金として)

以下の項目に該当又は同意する場合は、してください。

- 1か月児健康診査受診日において生後27日を超え、生後6週に達しない乳児で、桜井市に住所を有しています。
- 申請内容について、医療機関等に確認すること、また不明な点等がある場合は、上記電話番号に連絡することに同意します。
- 他の自治体で、1か月児健康診査の助成を受けていません。

受診者氏名					
生年月日	令和	年	月	日	
受診日	令和	年	月	日	
健診結果					
実施医療機関 (所在地)					
健診に要した費用	円(※)				

(※1) 健診に要した費用または助成金額のうち、いずれか少ない額を上記の請求額にご記入ください。

(※2) 助成金額：上限6,000円

(振込先)(※1)

支払機関名		預金種別	口座番号					
銀行 農協 信金	支店	普通・当座						
金融機関コード	店番	カナ(必ず記入)						
		口座名義人						

(※1) 振込先の口座は、申請者本人のものを記載して下さい。

(※2) 振込先の口座がわかる書類(通帳等)のコピーを添付してください。

(※3) ゆうちょ銀行へのお振込みを希望される場合は、必ず通帳のコピーを添付してください。