

年 月 日

下 呂 市 長 様

申請者 (請求者) 住 所 〒

氏 名

1 か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

委託医療機関以外で1か月児健康診査を受けたので、下記のとおり1か月児健康診査助成金の申請及び請求をします。

記

1 請 求 額 金 円

2 補助金振込先

口座名義人	フリガナ												
	氏 名												
金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	店名	種別	口 座 番 号										
銀行 金庫 農業協同組合 信用組合	本店 支店 支所 出張所	1 普通 2 当座											
ゆうちょ銀行	通帳記号				通 帳 番 号								
	1				0								

(注意) 振込み口座は、申請者 (請求者) 名義に限ります。

【添付書類】

- 1 か月児健康診査健康診査受診票兼結果票 (様式第1号)
- 母子健康手帳
- 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し (口座番号等確認用)