

様式第3号（第8条関係）

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】

☐ 結果が記入された1 か月児健康診査受診票兼結果票（様式第1号）

☐ 1 か月児健康診査にかかる領収書及び診療明細書

【持参書類】

☐ 母子健康手帳