

1 か月児健康診査費助成申請書

十日町市長 様

次のとおり健康診査費用の助成を申請します。必要があるときは、市が住民基本台帳の閲覧、
受診機関に関係事項の照会をすることに同意します。

申請者	氏名		電話番号	
	住所	〒		
健康診査を受けた児	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	※申請者と同じ場合、記入不要 十日町市		
健診実施日	年 月 日			
受診医療機関				
受診費用	円			
助成申請額	円			
振込指定 金融機関 (申請者名義)	銀行・信組 金庫・農協		本店 支店	預金種別 普通・当座
	フリガナ		口座番号	
	口座名義人			

助成決定額	※この欄は記入しないでください。 円
-------	---------------------------

- (注) 以下の書類を添付してください。
- ☐ 領収書及び明細書（原本）
 - ☐ 母子健康手帳の 1 か月児健康診査結果を記載したページの写し
 - ☐ 振込先口座を確認できるもの（通帳の写しなど）
 - ☐ 未使用の 1 か月児健康診査受診票