

美濃加茂市1か月児健康診査助成申出書兼請求書

令和〇年△月□日

美濃加茂市長（氏名）宛

関係書類を添えて美濃加茂市1か月児健康診査の助成を申請します。

申請者 住所 美濃加茂市健康のまち一丁目2番地
(保護者)
氏名 美濃加茂 太郎
電話番号 0574-25-4145

携帯電話でもOK

受診乳児住所	美濃加茂市健康のまち一丁目2番地			金額は一度記入すると修正できません。 書類の書き直しが必要になります。 (分からなければ、職員にご相談ください)	
受診乳児氏名	美濃加茂 康子				
受診乳児生年月日	令和〇年△月□日				
受診医療機関名	〇△□クリニック		受診日	令和〇年△月□日	
健診料	10,000円 ※健診にかかった費用をそのまま記入				
請求金額	6,000円 (健診料又は6,000円いずれか低い金額)				
振込先	金融機関	めぐみの銀行 中部台		本店	
		金庫 農協		支店	
		金融機関コード (4145)		支店番号 (025)	出張所
	普通	ふりがな みのかも たろう			
	当座	口座名義人 美濃加茂 太郎			
	口座番号	1234567 7ケタで記入			
申出受理 年月日	年	月	日	受理者名	

注：※太枠の中を記入してください。

※申請は受診日から6か月を超えないようにしてください（6か月を超えた場合は、助成できません）。

※偽りその他不正の行為により助成金の交付を受けたことが発覚した場合は交付した金額を返還してもらう場合があります。

添付書類

- 1 1か月児健康診査の結果が記載された1か月児健康診査受診票兼結果票（様式第1号）
- 2 1か月児健康診査に係る領収書（原本）
- 3 1か月児健康診査に係る領収書（原本）
- 4 母子健康手帳又は1か月児健康診査を受けたことが確認できる書類