

美濃加茂市1か月児健康診査助成申出書兼請求書

年 月 日

美濃加茂市長 （氏 名） 宛

申請者 住所 美濃加茂市
(保護者)
氏 名
電話番号

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。

受診乳児住所	美濃加茂市		
受診乳児氏名			
受診乳児生年月日	年	月	日
受診医療機関名		受診日	年 月 日
健診料	円		
請求金額	円（健診料又は6,000円いずれか低い金額）		
振込先	金融機関	銀行	本店
		金庫	支店
		農協	出張所
	金融機関コード（ ） 支店番号（ ）		
	普通	ふりがな	
	当座	口座名義人	
	口座番号		
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明細書（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