

蕪崎市1か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 蕪崎市長

申請者 住所
氏名
電話番号
母子健康手帳 No. _____

蕪崎市1か月児・乳児一般健康診査実施要綱第8条の規定により次のとおり申請します。

受診日	支払金額	助成金額
年 月 日	円	円
助成合計金額	円	

※太枠内を記入してください。

※助成金額は、1か月児健康診査1回につき、6,000円を上限とし、上限額に満たない場合は、実際に支払った金額となります。

払込指定口座

金融機関名	
本・支店名	本 ・ 支店
口座種類	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

※太枠内を記入してください。

添付書類

- 1 医療機関が発行する1か月児健康診査の領収書の写し
- 2 1か月児健康診査で検査した項目及び検査を実施した日が記載された母子健康手帳又はこれを証することのできる書類
- 3 使用していない1か月児健康診査受診票

(注) この申請書は、出産後180日以内に提出してください。