

滑川市 1 か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

滑川市長 あて

滑川市 1 か月児健康診査費助成事業実施要綱第 6 条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり 1 か月児健康診査費の助成金を申請します。

また、当該助成金の交付決定があった場合は、助成金を請求しますので、下記の振込先へ振り込んでください。

1 申請者（申請者記入）

フリガナ		生年月日		年 月 日	
乳児氏名 (対象児)					
住 所	〒 ー				
フリガナ		乳児 との 続柄		電話	
申請者氏名 (保護者)					
申請者の住所 (児と異なる場合に記載)	〒 ー				

2 助成申請額 円

	実施費用額	助成額※市記載
1 か月児健康診査	円	円

3 振込先（申請者の口座を指定してください。）

金融機関	銀 行 信用金庫 農 協	口座種別	普通 ・ 当座
		口座番号	
口座名義人	フリガナ		

- <添付書類> (1) 1 か月児健康診査受診票兼健康診査費請求書(様式第 2 号)及び質問票
(2) 助成金を振り込む口座の通帳の写し
(3) 1 か月児健康診査に関わる領収書
(4) 1 か月児健康診査を受けたことがわかる明細書等（領収書に記載されている場合は不要）
(5) その他、市長が必要と認める書類
- <注意事項> ※欄は市記載欄のため、記載しないこと。