

天理市1か月児健康診査費用助成申請書兼請求書

天理市長 様

次のとおり、1か月児健康診査の助成を関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付決定があったときは、当該助成金を請求します。

申請日	令和 年 月 日		
申請者 (保護者)	フリガナ		生年 月 日
	氏 名	(印)	年 月 日
	住 所	天理市 町 電話番号:	
受診者	児の氏名	生年 月 日	令和 年 月 日
医療機関証明欄			
助成対象 経費	受診年月日	受診費用(A)	助成上限額(B)
	令和 年 月 日	円	6,000円
上記、1か月児健康診査を実施したことを証明します 所在地 医療機関の名称 (印) 代表者名			
請求額			
(※(A)又は(B)のうちいずれか低い額)		円	
振込先口座 (保護者 名義)	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協	店 名 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

- 添付書類 (1) 1か月児健康診査受診券
 (2) 1か月児健康診査の受診に係る医療機関等の領収書
 (3) 1か月児健康診査の結果が記載された母子手帳の写し
 (4) 口座番号がわかるものの写し

受診内容の照会に関する同意 この申請に必要な場合、天理市健康推進課の職員が医療機関等に1か月児健康診査等の受診や支払い状況について照会することに同意します。 申請者氏名 _____
--