年　　月　　日

天童市１か月児健康診査費用助成金申請書兼請求書

（宛先）天　童　市　長

申請者（子の保護者）

住所　〒

連絡先

１か月児健康診査を受けましたので、天童市１か月児健康診査費用助成事業実施要綱第　　条の規定により関係書類を添えて助成金を申請します。なお、申請内容について医療機関に照会することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者（子）氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　（　 　　　年　　　　月　　　　日生） |
| 受診時の住所 | 天童市 |
| 保護者氏名 | （　　　　　年　　　　月　　　　日生） |
| 医療機関名 |  |
| 申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　（６，０００円を上限とする。） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　込　先　口　座 | 金融機関名 |  | 本・支店名 | 本店　　　　（　　　　　　　　　）支店 |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 店番号 |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義（申請者と同じ） |  |
| 口座種別 | 普通　・　当座　・　その他（　　　　　） |
| 口座番号（右詰め） |  |  |  |  |  |  |  |

【持ち物】

(1)　未使用の健診票

(2)　母子健康手帳

(3)　医療機関発行の領収書と明細書の原本

(4)　振込先口座の名義、口座番号がわかるもの