

様式第2号（第8条関係）

年 月 日

本巢市長 様

申請者 住所 〒
本巢市
氏名
電話 - -

本巢市1か月児健康診査費用助成申請書兼請求書

1か月児健康診査を次の医療機関で受けましたので、本巢市1か月児健康診査費用の助成に関する要綱に基づき、受診票と領収書を添えて助成金の申請をします。

申請にあたり、次の3点について同意します。

- ①申請の適正を判断するため市が医療機関に対し検査内容等と照会すること。
- ②受診票に記載された個人情報及び結果を市が保管すること。
- ③今後の支援のために市が精密検査結果等について医療機関に対して照会すること。

- 1 児 氏 名 _____
- 2 医 療 機 関 名 _____
- 3 支 払 額 _____ 円
- 4 助成金の振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所
フリガナ		
口座名義人		普通・当座
口座番号		
ゆうちょ銀行 (記号-番号)		

※助成金の額（この欄は記入しないでください。）

助成額	乳児1人につき上限 6,000 円 (ただし、健康診査費用が 6,000 円に満たない場合はその額とする)	円
-----	--	---

※裏面に1か月児健康診査費用領収書を添付すること。

※受診票を添えること。