

様式第3号（第9条関係）

尾花沢市1か月児健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

尾花沢市長 様

申請者 住 所 〒

ふり がな
氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

受診者との関係

尾花沢市1か月児健康診査実施要綱第9条第1項の規定により助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、金額等の確認が必要な場合は、医療機関に対し健康診査内容を確認することに同意します。

受診者（乳児）	氏 名				
	生年月日				
保護者氏名					
受診病院名					
病院に支払った金額	円	助成申請額	円		
振込先	金融機関名	支店名	分類	口座番号	フリガナ 口座名義 ※申請者本人名義
			普通 ・ 当座		

関係書類

- 1 1か月児健康診査に係る領収書、診療明細書
- 2 母子健康手帳の1か月児健康診査受診結果写し
- 3 未使用分の尾花沢市1か月児健康診査受診票

処理欄（下枠内は記入不要）

交付決定年月日	年 月 日	助成決定額	円
---------	-------	-------	---

※ この申請書は、市長が交付の決定をした後は、1か月児健康診査費用助成金の請求書として取り扱います。