

年 月 日

大田原市長 様

申請者

住 所

氏 名

電話番号

大田原市1か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

1か月児健康診査費の助成を受けたいので、大田原市1か月児健康診査事業実施要綱第9条第2項の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 対象となる乳児等

住 所	□申請者と同じ。		
フリガナ		生年月日	年 月 日
乳児の氏名		受診日	年 月 日
受診医療機関			
健診費用			円
助成金申請（請求）額 （上限額6,000円）			円

2 振込先

金融機関名		支店等名	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

添付書類

- (1) 1か月児健康診査を受診した医療機関の領収書
- (2) 1か月児健康診査受診票
- (3) 母子健康手帳の写し