様式第３号（第９条関係）

　　　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 |  |
| 受診医療機関 |  | 受診日 | 年　　月　　日 |
| 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

⑴　１か月児健康診査を受診した医療機関の領収書

⑵　１か月児健康診査受診票

⑶　母子健康手帳の写し