

様式第1号（第5条関係）

北本市1か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）北本市長

住所

申請者 氏名

電話

北本市1か月児健康診査助成金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、市が受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

受診者氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
受診日	年 月 日		
医療機関等の名称			
医療機関等の所在地			
申請金額	円		

振込先

銀行・信用金庫・農協	支店・出張所・支所
普通 ・ 当座	口座番号
ふりがな	
口座名義	

添付書類

- (1) 母子健康手帳等の写しその他の医療機関等で1か月児健康診査を受診したことを確認できる書類
- (2) 1か月児健康診査に係る領収書
- (3) 1か月児健康診査に係る明細書（領収書に受診日、受診者、受診内容又は受診費用の記載がない場合に限る。）
- (4) その他市長が必要と認める書類