

様式第1号（第5条、第7条関係）

（表）

年 月 日

あきる野市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号
乳児との関係

あきる野市1か月児健康診査受診費助成金交付申請書兼請求書

あきる野市1か月児健康診査受診費助成金の交付を受けたいので、あきる野市1か月児健康診査受診費助成金交付要領第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 申請（請求）内容

| | | | | |
|-------|----------------|------------------|---------|-------|
| 乳 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | | | |
| 児 | 住 所 | | | |
| 医療機関名 | | 受 診 地 (都道府県名) | | |
| 受診年月日 | 年 月 日（生後 か月 日） | | | |
| 費用負担額 | 円 | 助成金交付 申請（請求）額 | 円 | |

（添付書類）

- 1 住民票の写し
 - 2 母子健康手帳の1か月児健康診査受診記録が記載されている箇所の写し
 - 3 1か月児健康診査を受診した医療機関の発行した領収書の写し
- ※ 1については、次の内容に同意することにより、添付を省略できます。

申請に係る審査をするため、申請内容について医療機関に確認すること及び私の住民情報について市の公簿で確認することに同意します。

年 月 日

氏名

※ 自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。

(裏)

2 振込先

| | | | | | | | | |
|-------|--------------------------------------|------|--|--|--|--|--|-----------------|
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 農業協同組合 信用組合 労働金庫 | | | | | | | 本店 支店 出張所 |
| 種 目 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | |
| 口座名義 | | | | | | | | |