

山梨市委託外1か月児健康診査助成金交付申請書

山梨市長

申請日 年 月 日

住所：山梨市

氏名：

電話：

1か月児健康診査を受診したので、必要書類を添えて次のとおり申請します。

受診児氏名	
生年月日	年 月 日
住所	〒 - 山梨市 電話 - -
受診児生年月日	年 月 日 1か月児健康診査受診票番号（ ）
1か月児健康診査受診日	年 月 日
受診機関名	住所 医療機関・検査機関名 電話
申請金額	円

※助成限度額は1か月児健康診査費用の実額とし、1人につき6,000円を上限とする。

《振込指定口座》

金融機関名	（ ）銀行（ ）支店 （ ）信用金庫・信用組合（ ）支店 JAフルーツ山梨（ ）支所 ゆうちょ銀行（記号 - ） 中央労働金庫（ ）支店	
口座番号		<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座
口座名義人（カタカナ）		

《承諾欄》

私は、山梨市が1か月児健康診査費用助成申請に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。			
年	月	日	申請者 住所 山梨市 氏名

《注意》 印は朱肉を必要とする印鑑で押印してください。口座は受診者本人の名義で申請してください。

《必要添付書類》(1) 領収書の写し (2) 母子健康手帳の写し (3) 検査結果が記載されているもの（必要に応じて）

申請期限：1か月児健康診査受診日から原則として2か月以内に申請をしてください。