

山梨市委託外 1 か月児健康診査助成金交付申請書

記入例

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		下記の振り込み口座名義人と同じ人の名前で申請してください。
生年月日	年 月	
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 電話	記入せずに申請してください。 申請時に確認後記入します。
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	口座番号 口座種別 口座名
口座名義人 (カタカナ)	申請者本人の口座を記入してください。 ※ゆうちょ銀行の場合は、通帳をご持参ください。

《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。