

倉吉市1か月児健康診査費助成金請求書

(宛先)

倉吉市長

次のとおり1か月児健康診査を受けましたので、1か月児健康診査費助成金を請求します。また、助成金の支給決定にあたり、住民登録を調査されることに同意します。

請求者 住所
氏名
健診を受けた者との続柄（ ）
電話番号

請求金額	円
------	---

検査実施日	年 月 日	1か月児健康診査実施医療機関名
支払い金額	円	
被検査者	(ふりがな)	
	氏 名	
	住 所 (請求者と異なる場合記入)	
	生年月日	年 月 日 () 歳
助成区分 (該当する番号に○ をしてください。)	区分	上限助成額
	1 受診票を提出しないで1か月児健康診査を受けた方 2 協力医療機関以外の医療機関で検査を受けた方	6,000円

※ 添付書類

- 1か月児健康診査が記入された受診票（健康診査票）あるいは受けたことが分かる書類の写し（母子健康手帳等）
- 医療機関が発行する領収証書又はその写し

(宛先)

会計管理者

助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・ その他 ()	(ふりがな)	
	口座番号		口座名義人	