

様式第1号（第4条関係）

駒ヶ根市乳児1か月健康診査支援事業補助金交付申請書（兼実績報告書兼請求書）

年 月 日

（申請先）駒ヶ根市長
（子ども課）

申請者 住 所
氏 名 印
（交付対象者との続柄）（ ）
連絡先（電話）

下記のとおり乳児1か月健康診査を受診したので、駒ヶ根市乳児1か月健康診査支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

受診票交付日	年 月 日	交付番号	
交付市町村			
交付対象者名		生年月日	年 月 日
医療機関名		健診受診日	年 月 日
申請金額等	乳児一般健康診査 受診票発行額（A）	自己負担額（B）	申請金額 （A）又は（B）のうち いずれか少ない額
	円	円	円
振込先金融機関	（金融機関名）	口座種類	
		口座番号	
	（本・支店名）	（フリガナ） 口座名義	

- （添付書類）(1) 1か月健康診査を実施した医療機関健診機関発行の領収書
(2) 未使用の乳児一般健康診査受診票
(3) 母子健康手帳の写し（1か月健康診査結果）
(4) その他（ ）