

# 記入見本

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）

印鑑を忘れずに  
押してください。

保護者

申請者 住所 駒ヶ根市赤須町20番1号  
氏名 駒ヶ根 花子 印  
（交付対象者との続柄）（母）  
連絡先（電話） 0265-83-2111

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	駒ヶ根 太郎 （お子さんの名前）	生年月日	RO年 1月 1日
医療機関名	〇〇医院	健診受診日	RO年 2月 1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
振込先金融機関	（金融機関名） 〇〇銀行	口座種類	普通
		口座番号	123456
	（本・支店名） 〇〇支店	（フリガナ） 口座名義	ユマガネ 花子

口座名義は申請者と  
同じにしてください。

- （添付書類）
- 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
  - 未使用の乳児一般健康診査受診票
  - 母子健康手帳の写し（1か月健康診査結果）
  - その他（ ）