

様式第2号(第8条関係)

1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

湯沢市長 様

住 所

氏 名

電話番号

委託医療機関以外の医療機関で1か月児健康診査を受診したので、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

対象者氏名		受診票No.	
住 所	(電話)		
受診医療機関名 及び医師氏名			
受 診 理 由	1 里帰りのため 2 その他 ()		
受 診 費 用	円		
振 込 先	金融機関	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出張所
	口座番号	普通・当座	
	フリガナ		
	口座名義		

※添付書類 ①健康診査結果及び担当医師名が記載された受診票
②医療機関が発行した健康診査に係る領収書