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　　　　　本店  信用金庫　　　　　支店  農協　　　　　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