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