

様式第1号(第5条関係)

都留市乳児一般健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

都留市長 様

申請者

住 所 都留市

氏 名

Ⓜ

都留市契約外医療機関において受診した乳児一般健康診査について、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 助成金申請額 ※ 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協									
支店名	本 店 支 店									
口座種類	普通・当座	口座番号 (右詰め)								
預金口座名義	フリガナ									
	住所									
	フリガナ									
	氏名									

※ 記入しないでください。

3 受診明細

受診者氏名			出生年月日	年 月 日
乳児一般健康診査受診日		健診費用 (保険適用分を除く)	上限額	決定額
1回目	年 月 日	円	5,350円	円
2回目	年 月 日	円	5,350円	円
受診した医療機関		医療機関名		
		所在地		
		TEL		

添付書類

- (1) 母子健康手帳
- (2) 当該乳児一般健康診査の領収書
- (3) 乳児一般健康診査受診票 (結果が記入されたもの)