

小山市1か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

小山市長 様

(申請者) 住 所
氏 名
連絡先

小山市1か月児健康診査助成事業実施要綱第9条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり1か月児健康診査助成金の交付を申請します。なお、助成金の交付を受けるに当たり、小山市長が住民基本台帳の調査を行うことに同意します。

記

新生児氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
実施医療機関	名称				
	住所				
交付申請額	円				
	※ 申請額は、検査に要した費用が限度額（6,000円）を超える場合は、6,000円とする。				
振込先	金融機関名	銀行・信金 信組・農協 労金			本店 出張所 支店
	預金口座	普通	当座	口座番号	
	口座名義人	フリガナ			

添付書類：1か月児健診に係る医療機関の領収書、受診票及び親子健康手帳（母子健康手帳）の写し