

第3号様式（第10条第2項）

香取市1か月児健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

香取市長 様

住所

申請者 氏名

電話番号

香取市1か月児健康診査事業実施要綱第10条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請理由	1 市と委託契約を締結していない医療機関等で1か月児健康診査を受診					
	2 その他（ ）					
受診者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名					
	住 所	香取市				
受診状況	受診年月日					
	医療機関等名					
	1か月児健康診査 費用額	円	助成金算定額 (上限 6,000 円)	円		
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協		本店 支店		
		種目	普通（総合）・当座	口座番号		
	口座名義人	フリガナ				
		氏 名				

※添付書類

- ☐ 1 か月児健診の結果が記載された受診票
- ☐ 1 か月児健診の受診に係る委託外医療機関（市と委託契約を締結していない医療機関等）の領収書
- ☐ 母子健康手帳の写し
- ☐ 振込先金融機関等の預金通帳等の写し
- ☐ その他市長が必要と認めるもの

※申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要となります。