

様式第2号（第7条関係）

土浦市1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

ふりがな 乳児氏名		生年月日		年 月 日	
住所		土浦市			
健診を受けた日		年 月 日（生後 日）			
検査料金		_____ 円			
請求額		_____ 円 ※5,605円が上限。上限に満たない時は、健診料金の額。			
振込先金融機関	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店	支店名	支店出張所
	預金種目	普通・当座	口座番号		
	口座名義	フリガナ			
<p>上記のとおり、1か月児健康診査費助成金の交付申請及び請求をします。 なお、申請の内容について市長が関係機関等に照会し、又は報告を求めることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____ 氏名 _____ (印) 電話番号 _____</p> <p>(申請先) 土浦市長 乳児との続柄 ()</p>					

- 添付書類
- 1 1か月児健康診査費に係る領収書の写し
 - 2 1か月児健康診査を受けた日及び1か月児健康診査の結果が記載されている母子健康手帳の写し
 - 3 1か月児健康診査受診票
- ※1又は2の書類を添付できないときは、「1か月児健康診査の結果及び健診料金に関する調査書」を添付してください。