

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 ※ 6, 0 0 0 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 組	信 金 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 _____							
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。 年 月 日 申請者 住所 _____ 氏名 _____ (印) 電話番号 _____ (申請先) 土浦市長 乳児との続柄 ()									

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。

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				
※6,000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			
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。					
日付は記入しないでください。					
年 月 日					
申請者は保護者の どちらかになります。					
申請者 住所 氏名 電話番号					
(申請先) 土浦市長 乳児との続柄 ()					

- 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。