

年 月 日

（あて先）羽島市長

申請者 下
住所
氏名

（続柄： 父 ・ 母 ）

電話番号

羽島市1か月児健康診査費用助成申請書兼請求書

羽島市1か月児健康診査費用助成実施要綱第6条第1項第2号アの規定により、関係書類を添えて、次のとおり1か月児健康診査費の助成を申請します。

助成の決定に必要な場合は、医療機関に対し検査内容等を照会すること、また対象者の確認のため住民基本台帳を確認することに同意します。

また、助成金の交付決定がされた場合は、同日付けで交付決定額を下記の口座に振り込むよう請求します。

児の氏名										
申請額	金 円									
振込先 ※ゆうちょ銀行 以外	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 代理店 出張所								
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人							
	口座番号									
振込先 ※ゆうちょ銀行	金融機関名	ゆうちょ 銀行								
	(ふりがな) 口座名義人									
	記号(5ケタ)									
	番号(8ケタ)									
委任状	私は、_____様を代理人と定め、上記申請に係る1か月児健康診査費助成金の受領に関わる一切のことを委任します。 委任者（申請者）									

- （持参書類） ①1か月児健康診査受診票兼結果票
②1か月児健康診査に係る領収書

注）太枠の中をご記入ください。委任状が必要な場合は委任状もご記入ください。