

魚沼市1か月児健康診査費助成申請書

年 月 日

魚沼市教育委員会 様

(申請者) 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり1か月児健康診査を受診したので、関係書類を添えて健康診査費助成の申請をします。
あわせて、健康診査費の助成を受けるに当たり、魚沼市教育委員会が住民基本台帳閲覧や受診医療機関へ健診内容等について照会することに同意します。

※太枠内をご記入ください。

(フリガナ) 子の氏名		()							
出生年月日		年 月 日							
受診医療機関									
健康診査受診日		年 月 日							
振込先 口座	金融機関名	銀行・農協 信組・信金					支店 支所		
	預金種別	普通 当座	口座番号						
	(フリガナ) 口座名義人	()							

添付書類：

- 医療機関発行の1か月児健康診査費領収書及び診療明細書又はこれを証することができる書類
- 当該健康診査の受診記録が記載された母子健康手帳のページの写し又はこれに類する書類
- 振込先口座(申請者本人の口座に限る。)の確認できる書類(通帳の写し)

(受付印)