

第2号様式（第6条様式）

四日市市1か月児健康診査費用補助金
交付申請書兼請求書

年 月 日

四日市市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

四日市市1か月児健康診査費用補助金交付要綱第6条の規定により申請し、下記のとおり実績について報告します。

この申請に関し、住所要件、受診状況等の必要事項を調査することを承諾します。

また、補助金の交付決定後はその決定額を下記のとおり請求します。

記

(フリガナ) 申 請 者 氏 名	()	生年 月日	年 月 日
(フリガナ) 赤ちゃんの名前	()	生年 月日	年 月 日
健康診査を受けた医療 機関等の名称			
1か月児健康診査費用 として医療機関に支払 った額	円	交付を受けようと する補助金 申請額	円
補助金交付決定額（四日市市記入欄）		円	

1か月児健康診査に要した費用に係る補助金を下記の振込先に入金願います。なお、その振込をもって助成事業が承認、通知されたものと了承いたします。

口座振込先					
銀 行 信用金庫 農 協	支 店 出張所		預金 種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
口 座 番 号	口 座 名 義 (フリガナ)				
ゆうちょ銀行	店	記 号	番 号		
		口 座 名 義 (フリガナ)			

※ 必ず申請者名義の口座を記入してください。（名義が異なる場合は、委任状が必要です）

〈添付書類〉

1. 四日市市1か月児健康診査費用補助金交付申請書兼補助券
2. 1か月児健康診査費用に係る領収書の原本（コピー不可）
3. 母子健康手帳の1か月児健康診査の結果が記載されているページのコピー又は、1か月児健康診査の結果がわかるもの