

様式第 1 号（第 5 条関係）

小千谷市 1 か月児健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

小千谷市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

小千谷市 1 か月児健康診査費助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

あわせて、健康診査費の助成を受けるに当たり、住民基本台帳閲覧や受診医療機関に対して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

ふりがな 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・信用組合 金庫・農協						本店 支店	
	預金種別	普通	当座	口座番号					
	ふりがな 口座名義人								

添付書類：

- 1 か月児健康診査費用の支払いを証明する書類
- 母子健康手帳（1 か月児健康診査の結果が確認できるもの）の写し
- 振込先口座の通帳の写し