

様式第1号(第7条関係)

亀山市1か月児健康診査費助成金交付請求書

年 月 日

亀山市長 様

請求者(保護者) 〒 519 -

住 所 亀山市

フリガナ

氏 名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

電話番号 ()

下記のとおり、1か月児健康診査を受診したので、助成金を交付されたく、1か月児健康診査領収書等を添えて請求します。なお、保護者及び受診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。

1 請求額 _____ 円

2 受診者名

受診者氏名	生年月日	健診受診日	健診料金	医療機関の名称
	年 月 日	年 月 日	円	

3 振込先

振 込 先	銀行 農協 金庫		支店 支所
	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		

添付書類

- 1 か月児健康診査領収書(様式第2号)又は1か月児健康診査を受けた医療機関が発行する領収書その他の当該健康診査に係る支払額が確認できる書類
- 市が指定する1か月児健康診査結果票