

様式第1号

富谷市1か月児健康診査受診料にかかる助成申請書

富 谷 市 長 あて

申請日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	令和 年 月 日
乳児氏名		電 話	
申請者(保護者)		住 所	富谷市

受診内容等	医療機関名		電 話	()
	所在地			
	乳児健診種別	健康診査受診日	申請額 (上限 6,000 円)	
	1か月児健康診査	令和 年 月 日		円
償還払い金請求額				円

振込先	金融機関名・支店名			種別
	銀行・信組・信金・農協・その他			本店 支店 出張所 普通・当座
	店コード	口座番号	口座名義人(フリガナ) ※申請者本人名義のみ有効	

※処理欄 (市記入欄)

償還払い金決定額	円
----------	---

〈申請上の注意〉

- 申請者は、下記の書類を添えて、受診後6月以内に申請してください。
 - 1か月児健康診査に係る領収書の写し及び明細書の写し
 - 1か月児健康診査の記録が記載された母子健康手帳等の写し
 - 未使用の1か月児健康診査受診票兼助成券の原本
 - 振込先金融機関の通帳の写し (支店名、名義、口座番号等のわかるページ)