

令和 年 月 日

深川市長 様

申請者 住所
氏名 印
電話番号

1 か月児健康診査費用助成申請書

医療機関において受診した1か月児健康診査の費用につきまして、助成を受けたいので
関係書類を添付し、次のとおり申請します。

児の氏名		申請者との続柄	
生年月日	年 月 日		
受診医療機関名			
医療機関所在地			
助成額	円（上限4,000円）		
関係書類	(1) 受診票 (2) 母子健康手帳 (3) 受診料を支払ったことが分かる書類 (4) その他市長が必要と認める書類		
金融機関名	銀行 金庫 組合 農協		本店 支店 出張所
預貯金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※口座名義人は申請者と同一としてください。

(深川市記入欄)

課長	課長補佐	係長	主査	係	担当

本件、審査の結果支給決定し、別紙のとおり通知してよろしいか伺います。 年 月 日