

浦安市1か月児健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所 浦安市

申請者

氏 名

(振込先 口座名義人と同じ)

電話番号 (自宅) ( )

(携帯)

次のとおり、1か月児健康診査を受診しましたので、1か月児健康診査費用の助成金の交付を申請します。なお、償還払いの交付決定に必要な場合は、医療機関に対して当該健康診査の内容を照会することに同意します。

受診者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	(申請者と住所が違うときのみ記入) 浦安市		
受診医療機関名		母子健康 手帳番号	
健康診査日	年 月 日 (生後 か月 日)		

※助成額は、上限6,000円とする。

振込先	銀行・農協 信組・信金	支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	支店コード	
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

※提供いただいた個人情報は、1か月児健康診査費用助成金支給の目的以外に使用しません。

※安心して子育てができるよう、健康診査の結果について保健師が連絡をとる場合があります。

<事務処理欄>

住基 <input type="checkbox"/> 年 月 日～	受診票の有無 有 ・ 無	受付者名	助成決定金額 円
---------------------------------------	-----------------	------	-------------

( 産婦扶助 有 )