

様式第 1 号（第 5 条関係）

伊那市1か月児健康診査補助金申請書（実績報告書）兼請求書

年 月 日

（宛先）伊那市長

申請者 住 所
（保護者） 氏 名
電話番号

次のとおり、伊那市1か月児健康診査補助金の交付を申請します。

なお、この申請に当たり、私が伊那市に納めるべき市税及び使用料その他の歳入の納付状況を確認することに同意します。

対象児氏名				
出生年月日	年 月 日	1か月健診 受診年月日	年 月 日	
検査医療機関等	(名称) (県外の場合は所在地)			
交付申請額 (請求額)	円 (1か月健診の費用と 6, 0 4 0 円を比較して少ない方の額)			
振込先 金融機関	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座 番号	
	(ふりがな) 口座名義人			

添付文書

※健診結果が記録された1か月健康診査受診票

※医療機関等が発行した1か月児健康診査に関する領収書及び明細書の原本又は写し

※1か月健診の結果又は結果が記録されている母子健康手帳の写し