

乳児・1歳児健康診査費用助成申請書

山口市長

下記健診場所において、乳児・1歳児健康診査を受診し費用の負担をいたしましたので、山口市妊婦・乳児・1歳児健康診査費用助成事業実施要綱第5条の規定により、受診票及び要した費用の領収書を添えて助成金の交付の申請をします。
この申請内容において、住民基本台帳等の閲覧及び医療機関等へ受診等の確認をすることに同意します。

※太枠内をご記入ください

申請日	年 月 日
-----	-------

申請者		受診者(乳幼児)	
住所	〒 _____	/	
(ふりがな)	(_____)		
氏名	(_____) (※)	(ふりがな)	(_____)
	(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください	氏名	
乳児との続柄		生年月日	年 月 日
電話番号			

健診場所	名称	電話番号
	所在地	

	受診日	支払い金額	健康診査費用相当額	山口市健康診査費用額	助成額
1 か月健診	年 月 日				
3 か月健診	年 月 日				
7 か月健診	年 月 日				
1 歳児健診	年 月 日				
合 計					

※助成額の決定方法…健康診査費用相当額と山口市健康診査費用額を比べ少額の方を助成額とします。

振込先	金融機関名	銀行		本店
		農協		支店(支所)
	金庫・()		出張所	
預金種別	普通・当座	(ふりがな)	(_____)	
口座番号		口座名義人		

申請者以外の口座に振り込むときは下記の委任についてご記入ください

委任状	
私は、この申請に関わる助成金受け取りの権限を次の者に委任します。	
住所	住所
受任者 氏名 (口座名義人)	委任者 氏名 (申請者) (※)
	(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください