

乳児・1歳児健康診査費用助成申請書

山口市長

《 記入の仕方 》

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しましたの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 (乳幼児)
住所 〒753-0079 山口市糸米2丁目6番6号
氏名 (ふりがな) やまぐち はなこ 山口 花子 (※)
氏名 (ふりがな) やまぐち いちろう 山口 一郎
乳児との続柄 母
電話番号 083-921-7085
生年月日 令和 ○年 ○月 ○日

申請者の欄には、健診を受けた乳児の保護者の住所と氏名を記入してください。

健診場所
名称 ○○小児科医院
電話番号 ○○○-△△△-□□□□
所在地 広島県△△△

Table with 6 columns: 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. Includes rows for 1-month, 3-month, 7-month, and 1-year health checkups, and a total row.

お支払いした金額(領収証の総額)を記入してください。

※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 山口 銀行 本店 山口 支店(支所)
預金種別 普通・当座
口座番号 1 2 3 4 5 6 7
口座名義人 山口 太郎

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

申請者と振込み先の口座名義人が違う場合は、委任状を記入してください。

住所 山口市糸米2丁目6-6
委任者 氏名 (申請者) 山口 花子 (※)
受任者 氏名 (口座名義人) 山口 太郎
(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください