

様式第 1 号（第 7 条関係）

年 月 日

茅野市 1 か月児健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

（宛先）茅 野 市 長

申請（請求）者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

茅野市 1 か月児健康診査費用助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請（請求）します。

1 1 か月児の氏名及び生年月日

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

2 医療機関の名称及び住所

(1) 名 称 \_\_\_\_\_

(2) 住 所 \_\_\_\_\_

3 申請（請求）額 円

4 助成金振込先 \_\_\_\_\_

|       |          |          |               |
|-------|----------|----------|---------------|
| 金融機関名 | 銀行       | 本店       | 預金種別 普通 ・ 当座  |
|       | 金庫       | 支店       | 口座番号          |
|       | 組合<br>農協 | 本所<br>支所 | フリガナ<br>口座名義人 |

\* 以下は口座名義人と申請者が異なる場合のみ記入

|     |                                                                   |
|-----|-------------------------------------------------------------------|
| 委任状 | 茅野市 1 か月児健康診査費用助成金の受領については、上記口座名義人に委任します。<br><br>氏名 _____ 印 _____ |
|-----|-------------------------------------------------------------------|

（添付書類）

- 1 医療機関が発行した領収書の写し
- 2 母子健康手帳の写し
- 3 市が発行した 1 か月児健康診査受診票