

様式第5号

乳児一般健康診査費助成金交付申請書兼請求書（償還払用）

令和 年 月 日

白石市長殿

申請者 〒○○○-○○○○

住所 白石市○○○○ ○○○○

氏名 白石 花子 自

電話番号 ○○○○ - ○○ - ○○○○

下記のとおり、乳児一般健康診査費助成金を申請します。

※印は記入しないでください。

対象者	住所	白石市○○○○ ○○○○		
	フリガナ	シロイシ ハナ		申請者と子
	氏名	白石 はな		の続柄 其他 ( )
	生年月日	令和 × 年 ×× 月 ×× 日	性別	男・女
乳児一般健康診査		2か月児		
診査年月日		令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日		
診査医療機関名		○○産婦人科		
自己負担額		○,○○○ 円	助成金額 ※	円
振込口座	金融機関名	○○○○	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
	口座番号	○○○○○○○○	預金種別	1 当座 2 普通
	フリガナ	シロイシ ハナコ		
口座名義人		白石 花子		
備考				

◎振込口座は、申請者（保護者）の口座をご記入ください。

【添付書類】

- ①領収書
- ②乳児一般健康診査票（又は健康診査実施が確認できるもの）