

様式第2号（第8条関係）

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

氏名 印

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				
	フリガナ		申請者と	子	
	氏名		の続柄	その他（ ）	
	生年月日	令和 年 月 日	性別	男・女	
乳児一般健康診査		8～9か月児			
診査年月日		令和 年 月 日			
診査医療機関名					
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	支店名	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 口座名義人				
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）