

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 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住 所 白石市〇〇〇〇 〇〇〇〇

氏 名 白石 花子 自

電話番号 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇

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	白石市〇〇〇〇 〇〇〇〇		
	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	8~9か月児			
診査年月日	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日			
診査医療機関名	〇〇産婦人科			
自己負担額	〇,〇〇〇 円	助成金額	※ 円	
振込口座	金融機関名	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 農協	支店名 〇〇〇 本店 出張所 支店
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		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）