

田 辺 市 長 宛て

田辺市 1 か月児健康診査費助成申請書兼請求書

下記のとおり関係書類を添えて 1 か月児健康診査費の助成を申請、請求します。なお、この申請の審査に必要な範囲で、住民票等の確認を行うことに同意します。

記

		(ふ り が な) 氏 名		生 年 月 日									
助成対象者（子）		()		年 月 日 (歳)									
助成対象者の保護者		()		年 月 日 (歳)									
助成対象者 (保護者) の住所		〒		電話		()							
申請者（口座名義人と同一） 氏 名 _____ ⑩													
1 か月児健康診査受診のため支出した額 金_____ 円													
申請金額 金_____ 円 （上限：6，000 円）													
申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日													
口座 名義	名義(カナ)												
	名義(漢字)												
振 込 口 座	銀 行 等 ゆうちょ銀行以外	金融機関	銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所										
		預金種別	普通・当座	口座番号									
	ゆうちょ銀行	種 別		記 号		番号（右詰めで記入）							
		総合口座（通常貯金）											

※ 申請者欄には、助成対象者（受診者）の保護者の氏名を記載してください。
ゆうちょ銀行への振込みは、総合口座の通常貯金のみ可能です。通常貯蓄貯金への振込みは、できません。