

(第2号様式)

三浦市1か月児健康診査費用助成申請書兼請求書

年　月　日

三浦市長

	住 所
申請者 (保護者)	氏 名 (※)
	電話番号

(※) 申請者本人が手書きしない場合は、記名捺印してください。

1か月児健康診査費用の助成を受けたいので、三浦市1か月児健康診査費用の助成に関する要領第8条第2項の規定により、次のとおり申請し、助成金を請求します。また、助成の決定に関し、市が必要な調査をすることを承諾します。

対象児	ふりがな				母子健康手帳No.
	氏名	生年月日 年 月 日			
	住所				
申請理由	該当するものをレ点でチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 神奈川県産科婦人科医会に加入していない医療機関等で1か月児健康診査を受けたため <input type="checkbox"/> 1か月児健康診査費用が、補助券に記載の金額未満であったため <input type="checkbox"/> その他 ()				
実施日	年 月 日	費用	円		
助成申請額				円	

金融機関口座

金融機関名	本・支店名	口座種類	口座番号
	本・支店	1 普通	
	店番号	2 当座 3 その他	
(フリガナ) 口座名義			