

記入例

様式第 1 号（第 7 条関係）

岡谷市 1 か月児健康診査県外受診補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

岡谷市長 様

☆

☐ で囲んだ欄をご記入下さい。

申請者（保護者）

住 所

氏 名

連絡先

1 か月児健康診査を長野県外の医療機関で受診しましたので、補助金の交付申請及び請求をします。

対象児氏名							
生年月日	年	月	日	健診実施日	年	月	日
医療機関等名	住所 名称						
県外医療機関等への支払い額（A）				補助金の限度額（B）		補助金の申請額（C）	
円				円		円	
申請額（請求額）				円			
記入不要				申請者ご本人様の口座をご記入ください。			
振 込 先	金融機関名				本・支店名		
	金融機関コード				支店コード		
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人		()		
	口座番号						(左詰記入)

備考

- (C) は、(A) と (B) のいずれか少ない額とする。
- 医療機関等の領収書及び未使用の 1 か月児健康診査受診票を添付してください。

※ご本人様以外の口座の場合、以下のように同意のサインを記入してください。

例) 上記の者へ振り込むことを希望します。 岡谷 花子 (印)