

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

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							
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

- 1 (C) は、(A) と (B) のいずれか少ない額とする。
- 2 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。