

様式第3号（第8条関係）

遠野市入院治療等の理由による乳幼児健康診査実施報告書兼費用助成金交付請求書

年 月 日

遠野市長 様

申請者 子  
 (保護者) 住所  
 氏名  
 電話番号

遠野市入院治療等の理由による乳幼児健康診査費用助成金交付要綱第8条の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり医療機関で乳幼児健康診査の受診をしたことを報告するとともに、乳幼児健康診査費用助成金の交付を請求します。

記

助成金交付請求額		円 (太枠の中を御記入ください。)		
対象者	住所	□申請者と同じ 遠野市		
	フリガナ			
	乳幼児氏名			
	生年月日	年	月	日
受診した医療機関名				
受診した乳幼児健康診査の種類	受診年月日	健診料金 (ア)	助成限度額 (イ)	支給決定額 (ア)と(イ)のうち少ない方
□ 3～5か月児健康診査	年 月 日	円	円	円
□ 6～8か月児健康診査	年 月 日	円	円	円
□ 1歳6か月児健康診査	年 月 日	円	円	円
□ 3歳児健康診査	年 月 日	円	円	円

助成金の振込み先

金融機関名	銀行・農協・金庫・組合		支店名	本店・支店
口座の種類	普通	当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人				

※1 添付書類 (1) 医療機関が発行する乳幼児健康診査の領収書及び受診項目が記載されている書類の写し

(2) 母子健康手帳等の乳幼児健康診査を受診したことが分かる書類の写し

※2 口座名義人は、申請者としてください。