

伊賀市乳児一般健康診査費用助成申請書

伊賀市長 様

乳児一般健康診査費用を助成されるよう、伊賀市乳児一般健康診査費用助成事業実施要綱第11条第4項の規定に基づき下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	〒 ー			
	電話番号	()			
対象児	氏名				
	生年月日	年 月 日			
健診区分	受診日	診査費用の額 (実額)	助成限度額	申請額 (※)	
か月			円	円	

※申請額は、診査費用の額（実額）と助成限度額のいずれか低い方の額とする。

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協					本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人				
	口座番号						(左詰記入)

振込先の口座名義人が申請者と異なる場合は、下記委任状に記名押印が必要です。

委任状	
私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。	
年 月 日	申請者 ④

- (添付書類) 1 乳児一般健康診査結果票 (医療機関等の証明)
2 医療機関等発行の領収書 (原本)