

様式第 1 号（第 5 条関係）

申請日 年 月 日

伊賀市 1 か月児健康診査受診費用助成申請書

伊 賀 市 長 様

伊賀市 1 か月児健康診査受診費用助成金を交付されたく、伊賀市補助金等交付規則第 4 条第 1 項及び伊賀市 1 か月児健康診査費用助成金交付要綱第 5 条の規定により、領収書を添えて申請します。なお、必要がある場合には、医療機関等へ確認することについて同意します。

対象児	フリガナ		生年 月日	年 月 日 (か月)		
	氏名					
対象児の養育者 (申請者)	氏名		対象児との 関係(続柄)	父 ・ 母 ()		
	住所	〒 伊賀市 電話番号 ()				
1 か月児健診 受診状況	医療機関名			健診実施日		
添付書類 (□に✓を付ける)	☐ 母子健康手帳 (写)・・・1 か月児健康診査の該当頁 ☐ 領収書及び明細書 (原本)・・・1 か月児健康診査に係る受診費用を確認できるもの					
支払金額 ① (領収書記載金額)			円			
助成申請金額 ② (①と 6,000 円を比較して低いほうの金額)			円			
振込口座	金融機関	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		
	預金種目 (○で囲む)	普通 ・ 当座	口座番号			
	ふりがな					
	口座名義人					

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 ㊟

※申請期日は、健診を受けた日から 90 日以内です。

＜担当者使用欄＞

受付印

☐ 住基確認

☐ 期日確認