

様式第 1 号（第 7 条関係）

八女市長

1 か月児健康診査費助成金支給申請書兼請求書（償還払い）

年 月 日

助成を受けたいので、八女市 1 か月児健康診査事業実施要綱第 7 条第 2 項の規定により申請し、及び請求します。また、八女市がこの申請に必要な情報について、医療機関等に照会することに同意します。

|               |           |                  |  |
|---------------|-----------|------------------|--|
| 助成対象者（児）      | 氏 名（ふりがな） | 生 年 月 日<br>年 月 日 |  |
| 申請者（保護者）      | 氏 名（ふりがな） | 生 年 月 日<br>年 月 日 |  |
| 住 所           |           |                  |  |
| 連絡先<br>（電話番号） |           |                  |  |
| 受 診 医 療 機 関   | 受 診 日     | 健診費用<br>（領収書金額）  |  |
|               | 年 月 日     | 円                |  |
|               |           | 助成金額＊市が記載<br>円   |  |

【振込口座】 申請者の口座に限ります。

|      |        |      |  |  |       |  |               |  |        |
|------|--------|------|--|--|-------|--|---------------|--|--------|
| 金融機関 | 銀行・信組  |      |  |  | 本店・支店 |  |               |  |        |
|      | 信金・農協  |      |  |  | 営業部   |  |               |  |        |
|      | 金融機関番号 |      |  |  | 店番号   |  |               |  | 支所・出張所 |
| 預金種別 |        | 口座番号 |  |  |       |  | 口座名義人<br>カタカナ |  |        |

|         |                                                                                                     |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ※本人確認書類 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 資格確認証・他（ ） |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|