

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

鴻巣市 1 か月児健康診査費助成申請書兼請求書

（宛先）鴻巣市長

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

1 か月児健康診査を受診しましたので、鴻巣市 1 か月児健康診査助成金交付要綱第 6 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり申請及び請求します。なお、本申請に基づく助成金支払事務に当たり、市が住民基本台帳等の確認及び受診医療機関等に受診状況等の確認をすることに同意します。

|             |      |       |  |  |
|-------------|------|-------|--|--|
| 対<br>象<br>児 | 氏 名  |       |  |  |
|             | 生年月日 | 年 月 日 |  |  |
|             | 住 所  | 鴻巣市   |  |  |
| 受 診 日       |      | 年 月 日 |  |  |
| 受診医療機関等     | 名 称  |       |  |  |
|             | 所在地  | 電話番号  |  |  |
| 負 担 額       |      | 円     |  |  |
| 交 付 申 請 額   |      | 円     |  |  |

添付書類

1 か月児健診の結果が記載された書類、領収書の写し等  
振込口座

|      |         |       |   |
|------|---------|-------|---|
| 金融機関 |         | 本・支店名 | 店 |
| 口座種別 | 普通 ・ 当座 | フリガナ  |   |
| 口座番号 |         | 口座名義  |   |