

様式第 1 号

根室市 1 か月児健康診査費用補助金交付申請書

年 月 日

根 室 市 長 様

申請者 住所
氏名 印
TEL ()

根室市 1 ヲ月児健康診査補助金の交付を受けたいので、関係書類を添付し、申請します。

受診者の氏名等	氏 名	
	生年月日	年 月 日
医療機関名		
受診年月日	年 月 日	
交付申請額 (自己負担額)	円	
振 込 先	金融機関名	銀 行・漁業協同組合 本店 信用金庫・農業協同組合 支店
	口 座 番 号	普通・当座 No.
	フリガナ	
	口座名義人	

※領収書及び明細書・母子健康手帳添付

認 定	決定	可 ・ 否	部 長	課 長	主 査	課 員
	交付決定額	円		受付担当者		