

様式第3号（第11条関係）

1か月児健康診査助成金交付申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住所
氏名
電話番号

下記のとおり1か月児健康診査受診料の助成を受けたいので、ふじみ野市1か月児健康診査実施要綱第11条の規定により申請します。また、市が交付決定に当たり、受診した医療機関等へ確認を行うことに同意します。

なお、交付された助成金は、下記の指定口座に振り込むようお願いします。

記

- 1 交付申請額 円
2 指定口座

金融機関名		支店名	
口座の種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人			

3 添付書類

- (1) 委託外医療機関等で1か月児健康診査を受診した記録
(2) 委託外医療機関等が発行した領収書原本