

様式第 4 号

四條畷市乳児一般（1 か月児）健康診査受診費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

四條畷市長 あて

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

次のとおり、乳児一般（1 か月児）健康診査受診費助成金について必要書類を添付のうえ、交付の申請及び請求をします。なお、交付の際は下記口座へ振り込んでください。

（以下の太枠内をご記入ください）

受診日	健康診査に要した費用 (保険適用外)	公費負担額	助成請求額 (職員が記入します)
年 月 日	円	6,925	円
請求金額			円

振込先 銀行口座等	銀行		支店
	普通 当座	口座番号	
	口座名義（カタカナ）		

- 添付書類 （1）受診票（医療機関等記載欄が全て記入済のもの）
（2）医療機関発行の領収証書（原本、健康診査に係る支払費用が確認できるもの）
（3）母子手帳の写し（健康診査の結果がわかるページ）