

みやま市長 様

(申請者・請求者)

住所

氏名

受診者との関係

電話番号

1か月児健康診査助成金申請書兼請求書

1か月児健康診査助成金について、みやま市1か月児健康診査実施要綱第10条第3項の規定により、次のとおり申請します。

1か月児 健康診査 受診者	ふりがな		生年月日	
	氏名		年 月 日	
	住所	みやま市		
申請内容	償還払上限額 (A)		受診者支払額 (B)	申請額（請求額） (A)又は(B) いずれか少ない額
	円		円	円
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	普通・当座 (該当するものを ○で囲む)
	口座番号	フリガナ 口座名義人		

◎申請上の注意

- この申請書は、1か月児健康診査受診券を利用できない医療機関においてみやま市に住所を有する乳児が健診を受けた際に助成を受けるための書類です。
- 申請の際は、この申請書に健診結果が記載された受診券又は健診を受けたことが確認できる書類の写し、医療機関等が発行する領収書等を添付してください。
- 申請期限は、受診日から起算して1年以内です。