第３－１号様式（第８・11 条関係）

# 天理市１か月児健康診査費用助成申請書兼請求書

天理市長　様

次のとおり、１か月児健康診査の助成を関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付決定があったときは、当該助成金を請求します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申　請　日 | 令和　~~年　月~~　日 | | | |
| 申請者（保護者） | フリガナ | テンリ　ハナコ | 生年月日 | □□ 年 〇月 △日 |
| | 氏　　名 | 天理　花子　㊞ | | |
| | 住　　所 | 天理市　〇〇　町　△△番地<br>電話番号:070-〇〇〇〇-□□□□ | | |
| 受診者 | 児の氏名 | 天理　太郎 | 生年月日 | 令和　7年　〇月　△日 |

**医 療 機 関 証 明 欄**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 助成対象経費 | 受　診　年　月　日 | 受診費用（A） | 助成上限額（B） |
| | 令和　年　月　日 | 円 | 6,000 円 |

上記、１か月児健康診査を実施したことを証明します

所在地

医療機関の名称　　印

代表者名

| | |
|---|---|
| **請求額**<br>（※(A)又は(B)のうちいずれか低い額） | ~~　　円~~ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 振込先口座（保護者名義） | 金融機関名 | 〇〇　銀行・金庫<br>信用組合・農協 | 店　名 | △△　本店・支店 |
| | 預金種別 | 普通・当座 | フリガナ | テンリ　ハナコ |
| | 口座番号 | 〇〇〇△△□□ | 口座名義人 | 天理　花子 |

添付書類　（１）　１か月児健康診査受診券

（２）　１か月児健康診査の受診に係る医療機関等の領収書

（３）　１か月児健康診査の結果が記載された母子手帳の写し

（４）　口座番号がわかるものの写し

受診内容の照会に関する同意

この申請に必要な場合、天理市健康推進課の職員が医療機関等に１か月児健康診査等の受診や支払い状況について照会することに同意します。

申請者氏名　天理　花子