

（宛先）桑名市長

桑名市1か月児健康診査費用助成金交付申請書

桑名市1か月児健康診査費用助成事業の助成金の交付を受けたいので、桑名市1か月児健康診査費用助成事業要綱第9条第2項の規定により、次のとおり申請します。

申請者（保護者）	住所			
	氏名	（続柄）		
	生年月日	年	月	日
	電話番号			
対象児	住所	※申請者と同じ場合は不要		
	氏名		生年月日	年 月 日
受診日				
助成金申請額		円		

振込先	銀行 農協 信金 金庫	本店 支店 出張所	預金種別	口座番号				
			1 普通 2 当座					
	フリガナ							
	口座名義人							

※ 申請者と口座名義人が異なる場合（ご家族等、生計を一にする方のみ委任可能です。）は、下の委任欄に申請者の署名が必要です。

私は、上記の口座名義人に桑名市1か月児健康診査費用助成事業の助成金の受領に関わる一切の権限を委任します。
申請者氏名

添付書類

- 1 桑名市1か月児健康診査結果票
- 2 実施医療機関が発行する領収書その他費用の確認ができる書類

↓以下の処理欄は記載しないでください。

【市 処理欄】	【重要】・振込口座が旧姓の場合、身分証明書のコピーを添付 ・住基確認（住所・名前）	受付印
		[]
		担当（ ）

	金額	助成金決定額
上限額	6,000 円	円
領収書金額	円	
助成額	円	