

宇土市長 様

申請者 住所

保護者氏名

電話番号

母子手帳No.

1か月児健康診査助成事業申請書

次のとおり1か月児健康診査を受けましたので、宇土市1か月児健康診査助成事業実施要綱第9条の規定により申請します。

1 受診者

ふりがな		生年 月日	年 月 日
1か月児健康診査を受けた乳児の氏名			

2 1か月児健康診査受診状況及び助成申請額

受診日	受診に要した費用	助成申請額 (受診に要した費用と助成限度額のいずれか低い額)
年 月 日	円	円

3 1か月児健康診査実施医療機関等

名称	
所在地(電話番号)	電話

4 振込先

銀行名	銀行	本・支店
口座番号	普通・当座	
ふりがな		
口座名義		