

別記様式第3号

栃木市1か月児健康診査扶助費支給申請書

年 月 日

(宛先) 栃木市長

栃木市1か月児健康診査実施要領の規定により、次のとおり1か月児健康診査扶助費の支給を申請します。なお、扶助費の支給を受けるに当たり、市長が住民基本台帳の調査を行うことに同意します。

申請者	氏名	(※)		電話番号	
	(※)自署できない場合は、記名押印してください。				
	住所				
乳児氏名		男・女	生年月日		
実施医療機関	名称				
	住所				
支給申請額	円 ※ 申請額は、診査に要した費用が限度額(5,000円)を超える場合は、5,000円となります。				
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ 名 義				
添付書類	(1) 1か月児健康診査の領収書の写し又は1か月児健康診査費用を支払ったことが確認できる書類 (2) 栃木市1か月児健康診査受診票 (3) 母子健康手帳の写し				

※市記入

医療機関への領収確認承諾済み