別記様式第３号（第１１条関係）

登別市道外医療機関１か月児健康診査費用助成申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 登別市長　様  住所  申請者  氏名  登別市１か月児健康診査費用助成事業実施要綱第11条に基づき、次のとおり申請します。 | | | | |
| 受診者 | 住　所 | 登別市　　　　　町　　　　丁目　　　番地　　　　（TEL　　 　　　　　　　　　） | | |
| 氏　名 | （　　　年　　　月　　日生） | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診年月日 | 受診費用額 | | 助成額 ＊市が記入します |
|
| 年　　月　　日 | 円 | | 円 |
| 受診医療機関 | 住所 |  | |
|
| 名称 |  | |
|

【受取口座記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・金庫 | 本店・支店 | |
| 口座種別 | □当座　　　□普通 | 口座番号 |  |
| 口座名義人  （フリガナのみ） |  | | |

添付書類

①登別市１か月児健康診査受診票　　②領収書の写し