

申請日 年 月 日

大和高田市長 殿

大和高田市乳幼児健康診査助成金交付申請書兼請求書

大和高田市乳幼児健康診査事業実施要綱の規定により、乳幼児健康診査に要した費用についての助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者が法定代理人以外の代理人である場合は、裏面委任状に記入してください。

申請者(保護者)	氏名	印		
	住所	大和高田市		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)		
	連絡先電話番号			
	健康診査の種類	受診日	助成金の額	
			受診に要した費用(実費)	決定額(市記入欄)
	☐ 1 か月児健康診査 ☐ 4 か月児健康診査 ☐ 1 0 か月児健康診査 ☐ 1 歳 6 か月児健康診査 ☐ 歯科健康診査 ☐ 3 歳 6 か月児健康診査	令和 年 月 日	円	円
	☐ 1 か月児健康診査 ☐ 4 か月児健康診査 ☐ 1 0 か月児健康診査 ☐ 1 歳 6 か月児健康診査 ☐ 歯科健康診査 ☐ 3 歳 6 か月児健康診査	令和 年 月 日	円	円
	☐ 1 か月児健康診査 ☐ 4 か月児健康診査 ☐ 1 0 か月児健康診査 ☐ 1 歳 6 か月児健康診査 ☐ 歯科健康診査 ☐ 3 歳 6 か月児健康診査	令和 年 月 日	円	円
	☐ 1 か月児健康診査 ☐ 4 か月児健康診査 ☐ 1 0 か月児健康診査 ☐ 1 歳 6 か月児健康診査 ☐ 歯科健康診査 ☐ 3 歳 6 か月児健康診査	令和 年 月 日	円	円
交付決定額			円	

(添付書類)

☐健康診査を実施した医療機関が作成した領収書及び明細書の原本又はその写し

☐健康診査を実施した医療機関が健康診査結果を記入した健康診査受診券又は健診票

上欄に記載された交付決定額を請求しますので、以下の口座に振り込んでください。

申請者と口座名義人が同じであることを確認してください。

振込口座	金融機関名		支店名	
	口座の種別	普通・当座・その他	口座番号	
	ふりがな 口座名義人			

(裏面)

委任状

委任者（保護者）氏名 _____ 印 （自署） _____

私は、以下の者を代理人と定め、大和高田市乳幼児健康診査事業実施要綱の規定により
交付決定を受けた助成金の申請その他助成金の交付手続及び助成金の受領に係る権限を委
任します。

代理人（受任者） 氏名 _____

委任者（保護者）との関係（続柄） _____