

様式第2号（第8条関係）

## 山口市1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

山県市長 様

申請者 住 所 〒

(フリガナ)

氏 名

生年月日

年 月 日

電話番号

山口市1か月児健康診査実施要綱第8条第1項の規定により助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、金額確認のため必要な場合は、医療機関に対し健康診査内容を確認することに同意します。

受診者（乳児）	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
保護者氏名					
受診病院名					
病院に支払った金額		円	助成申請額		円
振込先	金融機関名	支店名	分類	口座番号	口座名義※申請者本人名義
			普通・当座		

関係書類

- 1 山口市1か月児健康診査に係る領収証
- 2 山口市1か月児健康診査受診票兼結果票
- 3 母子健康手帳の写し

処理欄（下枠内は記入不要）

決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
-------	-------	--------	---

注 この申請書は、市長が交付の決定をした後は、1か月児健康診査助成金の請求書として取り扱います