

甲府市1か月児健康診査費助成金支給申請書(償還払い)

甲府市長 殿

〒 ー

申請者 住 所  
(保護者) 氏 名  
電 話

1か月児健康診査費の助成について、次のとおり申請します。  
なお、助成金については、次の口座に振り込んでください。

乳 児 氏 名		生年月日	年 月 日
保 護 者 氏 名			
受 診 医 療 機 関 名			
受 診 日	年 月 日		
助成金支給申請額	円		

	金融機関名	金融機関番号	支店名	支店番号
指 定 口 座	銀 行 金 庫 組 合 農 協		支店	
	預金種目	口座番号	口座名義 (カタカナで記入してください)	
	1 普 通 2 当 座			

(添付書類)

検査に係る領収書又は診療明細書の写し(1か月児健康診査費用が記載されたもの)



領収書または診療明細書貼付欄

領収書または診療明細書のコピーを貼り付けて提出してください。