

1か月児健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

木津川市長 宛て

申請者（保護者）

住所

氏名

1か月児健康診査費用助成金の交付を受けたいので、木津川市1か月児健康診査費用助成事業実施要綱第9条第2項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付決定に当たり、木津川市が受診医療機関等に受診状況等を確認することに同意します。

健康診査対象者の氏名	
健康診査対象者の生年月日	年 月 日
助成費用上限額	円
医療機関に支払った額	円
交付申請額	円

振込先口座

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所							
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号							
口座名義	(フリガナ)								

(申請者本人の口座以外に振込みを希望する場合)

上記の口座に振込みを依頼します。 (申請者署名)

<添付書類>

- 木津川市1か月児健康診査受診券
- 医療機関等が発行する領収書（原本）

<注意事項>

- ① 交付申請額は、助成費用上限額と医療機関等に支払った額を比較して少ない方の額になります。
- ② 交付申請は、1か月健康診査を受診した日から1年以内に行うこと。