様式第２号（第１１条関係）

１か月児健康診査助成金交付申請書

京丹後市１か月児健康診査実施要綱（令和６年京丹後市告示第９７号）第１１条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

年　　　月　　　日

　京丹後市長　　　　　　　様

申請者住所

氏名

電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診児氏名 | |  | | 生年月日 | | 年　　　月　　日 | | |
| １か月児健康診査  受診日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 助成金交付申請額 | | 円 | | | | | | |
| 〇助成金の振込先（本人名義） | | | | | | | | |
| 金融機関名 | 銀行  　　　　　　　信用金庫  農協  　　　　　　　　信漁連 | | 本店  支店 | | | | 種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 |  | | | | フリガナ | |  | |
| 口座名義 | |  | |

(注意)

　　１か月児健康診査の受診券及び受診に要した費用がわかる医療機関発行の領収書を添付し、受診日から１年 以内に申請してください。