

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		

○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。