

様式第 1 号（第 11 条関係）

年 月 日

大野城市長 宛

住所
申請者氏名 印
電話番号（ ） —
受診者の氏名
受診者との続柄

大野城市 1 か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

大野城市 1 か月児健康診査助成金の交付を受けたいので、大野城市 1 か月児健康診査実施要綱（令和 7 年要綱第15号）第11条第 1 項の規定により下記のとおり申請します。
また、当該助成金の交付が決定したときは、交付決定額を請求します。

記

1 助成金交付申請額 円

2 助成金振込先

金融機関名	銀行・農協 信金・信組 労金								本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 ・当座 その他（ ）	口座番号						フリガナ	
									口座名義	

3 添付書類

- （1） 自己負担健診料に係る領収書（自己負担健診料の額が確認できる診療明細書等を含む。）又はその写し
- （2） 未使用の受診券
- （3） 母子健康手帳の記録等、申請に係る 1 か月児健診の健診項目を証するもの

※申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望する場合、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、上記口座名義に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	年 月 日
申請者氏名	印