

室蘭市1か月児健康診査助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）室蘭市長

室蘭市1か月児健康診査助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、申請内容の確認、交付決定のため、室蘭市が住民基本台帳を閲覧すること及び医療機関等への情報を照会することについて同意します。

申請者	住所	室蘭市		
	ふりがな 氏名		電話番号	
			受診者 との続柄	

受診者	妊産婦氏名 <small>ふりがな</small> ※同上の場合省略可		妊産婦 生年月日	年 月 日
	児氏名 <small>ふりがな</small>		児 生年月日	年 月 日
受診年月日		年 月 日		
受診医療 機関等名称				
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 労働金庫・組合	支店名	本店 支店
	預金種別 口座番号	普通 当座	フリ 口座 ガ ナ 名義人	

※申請者と口座名義人は同一としてください。

※申請者の本人確認書類を持参してください。

※添付書類

- ① 申請する1か月児健康診査受診票
- ② 申請する受診票に係る領収書（原本）
- ③ 通帳の写し（金融機関名、支店名、口座名義人及び口座番号の分かるもの）
- ④ 母子健康手帳（「出生届出済証明」欄及び「1か月児健康診査」欄）の写し