様式第３号（第８条関係）

能代市生後1か月児健康診査費用助成申請書兼請求書

　　　年　　月　　日

　　能代市長　　様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者兼請求者 | フリガナ | 　 | 受診者との続柄 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 現住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

※申請できるのは、１か月児健康診査を受けた乳児の保護者に限ります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 受診者の氏名 |  |
| 現住所 | □申請者と同じ〒 |
| １か月児健康診査を受けた医療機関 |  |
| 健診実施日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 健診費用 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 交付申請（請求）金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行信用金庫 　　　　　　　　　 農協 　　　　　　　　　  | 本店支店　　　　　　　　　　　　　　　支所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、裏面に記入をお願いします。

〇添付書類

・生後１か月児健康診査の受診結果が記録されている書類及び問診票

・生後１か月児健康診査の受診に係る領収書及び明細書

|  |
| --- |
| ※委任状私は、上記口座名義人に健診費用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 |

様式第４号（第８条関係）

能代市生後1か月児健康診査費用助成決定(却下)通知書

記号及び番号

年　月　日

　　　　　　　　　　　様

能代市長

年　月　日付で申請のありました、生後１か月児健康診査費用の助成については、下記のとおり決定しましたので、能代市生後１か月児健康診査事業実施要綱第８条第３項の規定により通知します。

記

１　受診者氏名

２　助成の可否

３　助成金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

（助成する場合）

４　却下の理由

（却下の場合）