様式第３号（第７条関係）

年　　月　　日

１か月児健康診査費用助成申請書兼請求書

多賀城市長　殿

１か月児健康診査費用の助成を受けたいので、多賀城市１か月児健康診査費用助成事業実施要綱第７条の規定により関係書類を添えて申請するとともに、助成金を請求します。　なお、当該助成金については下記口座まで入金願います。

記

１　申請者　　住所
（ふりがな）
氏名
電話番号

２　１か月児健康診査費用内訳

乳児氏名 （生年月日）	受診年月日	医療機関名	支払額
			円

３　振込先

金融機関名		支店名	
口座の種類・口座番号	普通・当座		
口座名義人 （カタカナで記入）			

４　請求額　　円