

委託外医療機関乳児健康診査補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

水戸市長 様

住所  
申請者 氏名  
電話番号  
乳児との関係

委託外医療機関乳児健康診査補助金の交付を受けたいので、水戸市委託外医療機関乳児健康診査補助金交付要項第6条第1項の規定により下記のとおり申請します。また、当該申請に係る交付の決定があったときは、下記金額を請求します。

記

- 1 受診者氏名
- 2 受診者住所  
(申請者と異なる場合のみ記入)
- 3 母子健康手帳 No.
- 4 交付申請額 金 円
- 5 振込先

金融機関名		銀行 信組 金庫 農協	本店 支店
口座の種類	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

- 6 添付書類
  - (1) 乳児健康診査に係る受診票
  - (2) 委託外医療機関が発行した領収書の写し
  - (3) 母子健康手帳の表紙及び健康診査の受診記録が記載された部分の写し
  - (4) 乳児の親権者以外の者が申請する場合にあっては、親権者に準ずる者であることを確認できる書類
  - (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

注 この申請書は、市長が交付の決定をした後は、委託外医療機関乳児健康診査補助金の請求書として取り扱います。