

1 か月児健康診査費助成事業申込書兼振込依頼書

年 月 日

宍粟市長 様

宍粟市1か月児健康診査費助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	ふりがな		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒	
	電話番号		
健診対象者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月	日生まれ
健診医療機関名			
健診年月日		年 月	日
申請金額		円	

(振込先)

金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
預金種別	普通 当座 その他 ()	(ふりがな) 口座名義人	()
口座番号			

注) 申請者と口座名義人が異なる場合は、下記により委任してください。

上記口座名義人を代理人として、助成金の受領を委任します。

委 任 者 住 所

(申請者) 氏 名 ⑩

受 任 者 住 所

(口座名義人) 氏 名 ⑩

【受付者記入欄】

申請受付年月日	年 月 日	母子健康手帳番号	No
決定年月日	年 月 日	承認	・ 不承認