

向日市 1 か月児健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 向日市長

(ふりがな) ()

申請者（請求者）氏名

住 所 向日市 町

電話番号

対象児との続柄 ()

向日市 1 か月児健康診査費用助成事業実施要綱第 9 条第 2 項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請（請求）します。

なお、審査のために住民基本台帳を、市が確認することについて同意します。

記

交付申請額 (請求金額)	円		
(ふりがな) 対象児氏名	()	生年月日	年 月 日生
対象児住所	☐ 申請者と同じ		

- 添付書類 ☐ 母子健康手帳の 1 か月児健康診査結果記載欄のコピー
☐ 領収書（原本）
☐ 向日市 1 か月児健康診査受診券(健診日、医療機関名、健診結果が記載されたもの)

次の口座に振り込みください。 （申請者名義の口座に限る。）

金融機関名	支店名	種 類
銀行 金庫 信組 農協		
通帳番号	口座名義	フリガナ