

生駒市委託外医療機関乳幼児健康診査補助金請求書

年 月 日

生駒市長殿

申請者 住所
(請求者) 氏名 受診者との続柄 ()
電話番号 - -

生駒市委託外医療機関で乳幼児健康診査を受診したので、次のとおり生駒市委託外医療機関乳幼児健康診査補助金を請求します。 ※申請できるのは、受診者の保護者に限ります。

受 診 者	住所	生駒市		
	氏名			
	生年月日	年	月	日 (歳 か月)
保護者氏名		受診者との続柄 ()		
受診医療機関				
乳幼児健康診査名		受診年月日	健診費用① (支払った金額)	生駒市記入欄
				補助上限額② 補助金額 (①と②で少ない額)
3 か月児 ・ 7 か月児 12 か月児 ・ 3 歳 6 か月児		年 月 日	円	円 円

補助金の交付が決定したときは、次の口座へ振り込んでください。
(振込先)

振 込 先 口 座	金 融 機 関 名			銀 行 信用金庫					本店・支店 出張所	
		金融機関コード					支店番号			
	預 金 種 別	普通・当座								
	口 座 番 号									
	フ リ ガ ナ									
	口 座 名 義 人									

【誓約・同意事項】※確認後☒を入れてください。

1	この申請に係る住民基本台帳（申請者と受診者双方の登録事項）及び医療機関等における情報等、生駒市が必要と認める時は調査を行うことに同意します。	☐ はい
2	申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意します。	☐ はい

【添付書類】※確認後☒を入れてください。

- ☐ 生駒市委託外医療機関乳幼児健康診査補助金請求書（この用紙）
☐ 乳幼児健康診査診査録
☐ 振込先口座を確認できるもの（預金通帳等の写し）
☐ 領収書（領収書がない場合は、裏面の証明欄の記入が必要）

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、下記委任状への記入が必要です。

委任状

私は、口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

申請者氏名 印

領収書がない場合は、下記の証明欄の記入が必要です。

乳幼児健診を受診したことを証明します。

住所 生駒市

氏名

生年月日 年 月 日

健診種別 3 か月児 ・ 7 か月児 ・ 12 か月児 ・ 3 歳 6 か月児

受診年月日 年 月 日

受診費用 円

実施医療機関:

医師署名又は記名押印：