

上野原市長 宛

住所  
氏名  
連絡先

## 上野原市 1 か月児健康診査費用補助金交付申請書

上野原市 1 か月健康診査費用補助金について、誓約・同意の上、上野原市 1 か月児健康診査費用補助金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

乳 児 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	
受 診 日	年 月 日
医療機関の名称	
申 請 金 額	円 (上限額 6, 0 0 0 円)

## 振込指定口座

金融機関名		支 店 名	
口座種類	普通(総合)・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

必 要 書 類	<input type="checkbox"/> 健康診査の結果が記入されている 1 か月健康診査受診票 又は母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 健康診査の領収書及び明細書
---------	--

【誓約・同意事項】(各項目のチェック欄 (□) に「レ」を入れてください。)

- 交付要件を審査するため、市が必要な住民基本台帳情報等の確認を行うこと  
や必要な資料の提供を他の行政機関等に求めることに同意します。
- 医療機関等に情報等の確認を行うことに同意します。