

福井市幼児健康診査費用助成事業申請書兼請求書

福井市長 あて

福井市特別な配慮が必要な児に対する幼児健康診査受診費用助成実施要綱第4条第1項に基づき、次のとおり申請及び請求します。

**太枠の中をご記入ください。**

申請者	(※)		生年月日	年	月	日
	<small>(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>					
住所	福井市			電話		
健診対象者 氏名			生年月日	年	月	日
受診した健診	1歳6か月・3歳児健診			内科・歯科		
申請理由	(集団健診の受診が困難な理由)					
振込先	銀行・農協		支店	口座番号		
	信用金庫		出張所	普通 ・ 当座		
信用組合		支所				
ゆうちょ銀行						
口座名義人	フリガナ					
	氏名					
申請額						
			円	申請日	年	月 日

※ 口座名義人は申請者と同一人としてください。

※ 申請期限は、幼児健康診査（内科健診、歯科健診）を受診した日の年度の末までです。

【注意事項】

この申請書兼請求書には次の書類を添付して下さい。

- ①明細書
- ②受診した医療機関等が発行した領収書
- ③母子健康手帳
- ④福井市の幼児健康診査受診票
- ⑤振込口座が確認できるもの（申請者名義の通帳）

\*②・③・⑤は市で複写いたします。原本をご持参ください。

(受付印)

  
  
  
  
  

受付者名前： \_\_\_\_\_