

1歳6か月児健康診査市郡管外県内受診補助金交付申請書（兼実績報告書兼請求書）

年 月 日

宮崎市長 殿

1歳6か月児健康診査市郡管外県内受診にかかる費用について、宮崎市1歳6か月児健康診査市郡管外県内受診者に対する補助金交付要綱第4条の規定により補助金の交付を申請し、実績報告のうえ下記の金額を請求します。

※ 太 枠 内 を 記 入 し て く だ さ い 。	申請者の住所		〒 - 宮崎市							
	申請者の氏名 (児の保護者)		フリガナ				生 年 月 日			
							年 月 日			
	児の氏名		フリガナ				生 年 月 日			
							年 月 日			
	健診受診日		年 月 日			連絡先 (携帯等)		- -		
	振込先		金融機関名		銀行 金庫 農協		本店・本所 支店・店 出張所		預金 種別	普通・当座 ・その他
			フリガナ							
			口座名義人				口座 番号			
	添付書類 ※□にチェック		<input type="checkbox"/> 受診した医療機関等の領収書(原本) <input type="checkbox"/> 通帳の写し(口座番号・口座名義・支店名記載) <input type="checkbox"/> 受診した医療機関等の診療明細書(原本) <input type="checkbox"/> 宮崎市 1歳6か月児健康診査受診票							
※申請者住所以外の住所（里帰り先等）に通知書の送付を希望する場合は下記に記入。										
住所 (里帰り先)		〒 -			連絡先 (- -)					
					(様方)					

		請求額			円			
※ 職 員 記 入 欄	区分	提出	受診年月日	① 補助対象額	② 支給限度額	補助額 (①と②のうち少ない額)		
		1歳6か月児 健康診査		年 月 日	円	円	円	
	決定金額						円	