

白井市乳児健康診査助成申請書

令和 年 月 日

(宛先) 白 井 市 長

*太枠の中はご本人が記入し申請して下さい。

申請者 (保護者)	住所	白井市					
	氏名						
	電話番号	() -					
乳児	氏名						
	生年月日	年 月 日					
健診期間 (○をして下さい)	3～6か月、 9～11ヶ月						
金融機関名称	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 支店番号 () 支所				
口座名義人	フリガナ						
	氏名						
預金種別	普通・当座	口座番号					
乳児健康診査助成申請額		円					

(ただし助成額には上限があります。)

◎申請の際は、医療機関等の領収書及び妊婦健診受診票を必ず添付してください。

◎母子手帳を一緒にお出し下さい。

#ここから下は市で使用しますので記入しないで下さい。

決裁				

決定額 円