

塩竈市1か月児健康診査費用助成申請書			
申請者名			受診者との続柄
受診者名	(ふりがな)		生年月日
	氏名		
県内の医療機関を受診できなかった理由			
健診の種別	1か月児健診を受けた医療機関名及び所在地		健診に要した費用 ( )は限度額
1か月健診			(6,000)
<p>上記の通り1か月児健康診査費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。                      *上記記載内容の確認のため、住民基本台帳を閲覧すること承諾します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>塩竈市長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">電話 — —</p> <p style="text-align: right;">)</p>			
振込指定金融機関名等			
金融機関名			
口座の種類	普通 ・ 当座		口座番号
(ふりがな)			請求額 (市記入欄)
口座名義人			
			円