

泉大津市長様

申請者	住所	泉大津市
	氏名	Ⓜ
	電話番号	
	子どもの氏名	
	生年月日	年 月 日

### 泉大津市乳児健康診査助成金交付申請(請求)書

次の通り、必要書類を添付のうえ乳児健康診査助成金の交付を申請(請求)します。

1. 乳児一般健康診査を府外の医療機関で受診された方			
受診医療機関	名称		
	所在地		
	電話番号		
受診日		年 月 日	
領収証書記載金額	円	泉大津市助成金額 (この欄は記入しないで下さい)	

※助成金額は平成29年4月以降の受診は6,367円が上限です。下回る場合は領収証書の金額となります。また、助成対象は健診分のみです。投薬料など治療費は対象外になります。

- (添付書類) 1. 乳児一般健康診査受診票  
2. 当該医療機関発行の領収証書(原本)

2. 乳児後期健康診査を府外の医療機関で受診された方			
受診医療機関	名称		
	所在地		
	電話番号		
受診日		年 月 日 (生後 か月 日)	
領収証書記載金額	円	泉大津市助成金額 (この欄は記入しないで下さい)	円

※助成金額は平成29年4月以降の受診は6,367円が上限です。下回る場合は領収証書の金額となります。また、助成対象は健診分のみです。投薬料など治療費は対象外になります。

- (添付書類) 1. 乳児後期健診(9か月～1歳未満用)受診票  
2. 当該医療機関発行の領収証書(原本)

振込希望 金融機関	銀行	口座種別	普通 当座
	農協	口座番号	
	( 支店 )	口座名義(カタカナ)	

※支店名も必ずお書きください。ゆうちょ銀行の場合は記号番号もお書きください。

#### ※泉大津市処理覧

申請番号	年度	交付・不交付決定年月日	交付金額	受付者
NO.		年 月 日	円	