

第1号様式（第3条関係）

乳児健康診査（3か月児）助成金申請書

北区長 殿 乳児健康診査（3か月児）助成金を申請します。 この申請に基づく支給決定に当たり、北区が保有する情報について調査・閲覧することに同意及び医療機関等に問い合わせることに同意します。	
住所	北区王子本町1-15-22 電話 123（4567）8900
申請者 （保護者等）	北 花子 （生年月日 平成2年4月1日） ※シャチハタ不可 北

乳児健康診査 （3か月児） 受診者氏名	北 太郎 （生年月日 令和2年1月1日）
---------------------------	-------------------------

~~職員記載欄~~

受診日	年	月	日
受診日の申請者住民登録	有	・ 無	番号（ - ）
受診日の子の住民登録	有	・ 無	番号（ - ）

記入例

※訂正する場合は二重線で取り消しの上、訂正印を押してください。

第2号様式(第3条関係)

記載しないでください。 乳児健康診査（3か月児）助成金請求書

金	額	¥						円
---	---	---	--	--	--	--	--	---

北区长 殿
乳児健康診査（3か月児）助成金を請求します。
下記の口座に振り込み願います。

住所	北区王子本町1-15-22		
申請者 (保護者等)	北 花子	※シャチハタ不可 趣	
	(生年月日 平成2年4月1日)		

いずれか 記入して ください。	ゆうちょ 銀行 以外の 金融機関	みずほ 銀行 信用金庫 信用組合	王子 本店 支店 出張所				
		金融機関コード	0001	店番号	557		
		預金種目	口座番号（右づめで記入してください。）				
	普通 ・当座	1	2	3	4	5	6
必ず記入して ください。	ゆうちょ 銀行	通帳記号	1桁の数字がな い場合は空欄	通帳番号（右づめで記入してください。）			
			—	—			
旧姓名義の口座には 振込できません。	フリガナ	キタ ジロウ					
	口座 名義人	北 次郎					

上記の口座名義人に乳児健康診査（3か月児）助成金の受領を委任いたします。 ※シャチハタ不可

申請者 北 花子 趣

※口座の名義人が申請者と違う場合のみ記載。