

御嵩町1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

御嵩町長 宛て

関係書類を添えて下記のとおり1か月児健康診査費助成金を申請します。

助成の決定に必要な範囲内で、医療機関に対し健康診査費用等を照会すること並びに申請者世帯の住民基本台帳を閲覧及び調査することについて同意します。

記

保護者氏名													
保護者住所	御嵩町												
	電話 — —												
健診受診児氏名													
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合										本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人										
	口座番号												
	記号・番号 (ゆうちょ指定の場合)	記号				—	番号						

【添付資料】

- 1 1か月児健診に係る領収書及び明細書の写し
- 2 母子健康手帳の写し

以下、町記入欄

健康診査費の額	円	助成額	円
---------	---	-----	---

受領印