

(様式第1号)

年 月 日

安八町長 様

1か月児健康診査助成金申請書兼請求書

関係書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

なお、金額の確認のために必要な場合は、医療機関に対し健康診査内容等を照会することについて同意します。

申請者	住所	安八町	郵便番号	503-
	氏名	Ⓜ	電話番号	— —
児の氏名	生年月日	令和 年 月 日	医療機関名	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 安八町	受診日	令和 年 月 日
	氏名		助成上限額	4,000円
申請額		円		

* 振込先指定口座は、【1. 銀行】【2. ゆうちょ銀行】のどちらかにご記入ください。

【1. 銀行】

振込先	銀行・金庫 農協				本・支店 出張所	店番			
	<input type="checkbox"/> 普通口座 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 口座 番号			ふりがな				
					口座 名義人				

【2. ゆうちょ銀行】

振込先	ゆうちょ銀行				ふりがな				
					口座名義人				
	記号				番号 (右詰め)				

【添付書類】 1か月児健康診査結果の写し、領収書の写し、母子健康手帳の写し