

様式第2号（第8条関係）

小国町1か月児健康診査費用助成金申請書兼請求書

令和 年 月 日

小国町長様

申請者 住所：

氏名： 印

電話番号：

小国町1か月児健康診査費用助成金交付要綱第7条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

フリガナ お子様の氏名		生年月日	年 月 日
健診日	年 月 日	健診費用	円

振込先	金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)	金融機関名	銀行・農協 信金	本店・支店 支所					
		口座種別	普通・当座	口座番号					
		口座名義（カナ記入）							
	ゆうちょ 銀行	支店名	口座番号						
		口座名義（カナ記入）							

添付資料

- (1) 1か月児健診を受けた医療機関が発行する領収書及び診療明細書の写し
- (2) 1か月健康診査受診票又は母子健康手帳の写し
- (3) 振込先の通帳またはキャッシュカードの写し(振込先金融機関名、支店名、口座番号、口座名義がわかるもの)

申請(請求)額： 円

町助成額
円