

東村1か月児健康診査費用助成申請書

東村長 宛

年 月 日

申請者 住所 東村字 _____
申請者 (養育者) _____
電話 _____

東村1か月児健康診査費用助成金交付要綱第7条の規定により助成金の交付について、次のとおり申請(請求)します。

1 申請内容

フリガナ		生年月日	年 月 日
乳児氏名			
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
実施医療機関		検査日	年 月 日
申請金額 (1か月健診費用)	円		
【同意事項】 助成の可否及び助成金の決定のため、必要に応じ上記事項について、東村が1か月児健診の実施医療機関等に確認を行うことに同意します。 <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p>			

2 振込先(申請者本人以外の口座には振込できません)

金融機関名	銀行・農協 労働金庫・信用金庫		本店・支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
口座名義人 (フリガナ)			

3 添付書類

- (1) 親子健康手帳
- (2) 受診票(医療機関が健診内容を記載したもの)
- (3) 問診票(養育者が記載したもの)
- (4) 領収書(1か月児健診であることが記載されたもの)
- (5) 振込先がわかるもの(キャッシュカード、通帳など)