

紀北町1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

紀北町長 様

請求者 (保護者)

住所 紀北町

氏 名

印

電話番号

1 か月児健康診査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

1 1か月児健康診査受診者等

フリガナ 氏 名	生年月日		性別
	年 月 日		男 ・ 女
受診年月日	受診医療機関名	健診費用（円）	助成金額（円）
年 月 日			

2 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本・支店名	本店 支店 支所 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人 (申請者と同一)			

○添付書類

- ・ 1 か月児健康診査の費用が分かる領収書
- ・ 1 か月児健康診査受診票兼結果票
- ・ 母子健康手帳（1 か月児健診の実施記録）のコピー

○持ち物

- 通帳（保護者名義）
- 印鑑

令和 年 月 日

検査検収しました