

新温泉町 1 か月児健康診査費助成金支給申請書



新温泉町長 様

別紙証拠書類を添えて、1か月児健康診査費助成金の償還払いについて申請します。
 なお、申請内容審査のため、町が医療機関等へ受診内容の照会をすることを承諾します。

		申請年月日	年	月	日
ふりがな			生年月日		
乳児氏名			年	月	日
保護者氏名					
受診医療機関等					
申請金額	_____ 円 (上限6,000円)				
申請者	住所	新温泉町 電話番号 (_____)			
	氏名	_____ 印			
上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。 なお、申請者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。					
金融機関名					
支店名					
種別	普通・当座	口座番号			
(ふりがな) 口座名義人 (受取人)					

注意 この申請書に次の書類を添付してください。

- (1) 1か月児健康診査を受けた医療機関等が発行した領収書
- (2) 1か月児健康診査問診票又はその結果を証明することができる書類の写し (1か月児健康診査結果が記載された母子健康手帳の写し等)

<担当課記入欄>

添付書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 問診票又は結果を証明できる書類の写し (母子健康手帳等)	交付決定 (却下) 日	年	月	日
受診日	年	月	日	支給決定額	円