

須恵町長

年 月 日

申請者・請求者 氏名 _____
(助成対象者) 電話 _____
児との続柄 父 母 その他 (_____)

須恵町1か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

須恵町1か月児健康診査事業実施要綱第8条の規定により次のとおり助成金を申請します。
なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

児の氏名		生 年 月 日	年 月 日
住民票のある住所	須恵町		
受診医療機関名			

1. 助成金申請額

受診年月日	自己負担額	助成上限額	申請額
年 月 日	円	6,000 円	円

2. 振込口座

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協
支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号	
フリガナ 口座名義	

3. 添付書類

- ・健診の領収書及び診療明細書（健診内容・金額が記載されているもの）の写し
- ・健診結果の写し（母子健康手帳の結果記入欄など）

< 町記入欄 >

決定額
円