

第1号様式(第5条関係)

申請日 年 月 日

(あて先) 明和町長 様

住 所:〒

申請者

氏 名:

印

電話番号:

明和町1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

明和町1か月児健康診査費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

また、この助成の決定に関する事務手続の処理のため、明和町が住所、受診状況等について関係機関に照会し、取得すること及び関係機関が明和町からの照会に対し回答し、及び報告することに同意します。

請求額 円

対 象 者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
医 療 機 関 名		
健 診 年 月 日	年 月 日	
健 診 費 用	円	

振込先 (原則として、申請者の口座を指定してください。)

振込先	銀行 信用金庫 農 協	店名	本店 支店 出張所
種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		

- (添付書類) ①1か月児健康診査結果票など健診の結果がわかるもの
②1か月児健康診査に係る領収書 (原本又は写し)

※以下は記入しないでください。

書類確認欄	受付日	審査結果	交付 決定日	決裁		
				課長	係長	合議
<input type="checkbox"/> 結果票 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他		1. 該当 2. 非該当				