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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

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 |
| □結果票□領収書□その他 |  | 1. 該当
2. 非該当
 |  |  |  |  |