

神戸町1か月児健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

神戸町長 様

次のとおり1か月児健康診査を行いましたので、関係書類を添えて助成金の申請をします。

太枠の中をご記入ください。（※は記入しないでください。）

申請者	住所	〒503-23 神戸町大字		
	氏名	被接種者との続柄 ()	電話番号	
受診児	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	受診年月日	年	月	日
	実施医療機関名			
	支払金額	円		
助成金額 (上限4,000円)	※ 円			

1. ゆうちよ銀行以外の銀行	銀行・金庫 農協・組合		本・支店 出張所	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	口座番号(左詰め)		フリガナ 口座 名義人
2. ゆうちよ銀行	ゆうちょ銀行		フリガナ	
			口座名義人	
	記号		番号	
添付書類(写し)	<input type="checkbox"/> 領収書、1か月児健康診査に係る医療機関発行のもの(原本) <input type="checkbox"/> 検査結果の写し(母子健康手帳、1か月児健康診査受診票兼結果票) <input type="checkbox"/> 振込先金融機関通帳またはカード(口座番号がわかるもの)			

※振込先指定口座は、【1. ゆうちよ銀行以外の銀行】、【2. ゆうちよ銀行】のどちらかにご記入ください。