

1 か月児健診費用助成申請書

遊佐町長 様

《申請者》

住所 遊佐町

氏名

電話（日中連絡先）

遊佐町1 か月児健診費用助成事業実施要綱第9条の規定により、必要書類を添えて下記の通り申請します。

なお、申請内容について町が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

児氏名		生年月日	年 月 日
健診実施医療機関	名称 住所		
健診受診日	年 月 日 (か月 日)		
健診料金	円	申請額	上限3,500円 円

振込先	フリガナ							
	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店・支店			
	金融機関コード				店番号			
	フリガナ							
	口座名義							
	口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()						
	口座番号							左詰記入

《添付書類》

- (1) 受診日、健診内容及び健診結果を確認できるもの
- (2) 医療機関発行の領収書の写し
- (3) 母子健康手帳の写し
- (4) 申請者名義の通帳の写し