

山北町長様

山北町1か月児健康診査費用助成申請書兼請求書

山北町1か月児健康診査事業実施要綱第11条の規定に基づき助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請及び請求します。

申請者	フリガナ			
	氏名	⑩		
	住所	山北町		
	母子健康手帳番号			
対象児	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日生
	健診日			
	実施医療機関			
請求額	円（上限4,000円）			
振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合		本店・支店 支所
	預金の種類	1. 普通預金 2. 当座預金	口座番号	
	口座名義人	(フリガナ)		

(添付資料)

- 山北町1か月児健康診査問診票兼補助券
- 1か月児健康診査（保険診療に限る）に要した経費の領収書及び診療内容のわかる明細書の写し
- 母子健康手帳の写し（健診結果記載のページ）
- 振込先口座が確認できるもの（通帳又はキャッシュカードの写し）