

明和町1か月児健康診査助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）明和町長

申請者 住 所 明和町 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

明和町1か月児健康診査支援事業実施要綱第9条第3項の規定に基づき、1か月児健康診査助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

1. 1か月児健康診査受診児名

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名			
支払額合計	円 ※健診に直接要した金額		

2. 振込先口座

口座振替依頼	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 出張所	預金種別 普通・当座 その他（ ）
	フリガナ		口座番号
口座名義人			
添付書類	<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査受診票 <input type="checkbox"/> 1か月児健康診査費用が分かる領収書、明細書（原本） <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類		
助成額（町記入欄）	確認欄		
円			