

様式第1号（第6条関係）

安堵町1か月児健康診査費用助成交付申請書兼請求書

年 月 日

安堵町長 様

申請者 住所
(保護者)

氏名

電話番号

安堵町1か月児健康診査費用助成交付要綱第6条第2項の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

受診者	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	年	月	日 (生後 日)
	住所	安堵町		
実施場所		実施日	年	月 日
健診費用額		※交付決定額		
円		円		

(注意) ※欄は、記入しないでください。

振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 営業所
口座種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 名義人氏名			

添付書類 1か月児健康診査の費用を支払ったことを証する領収書、
母子健康手帳の写し、通帳等振込先の確認できる書類の写し、受診券