

1ヵ月児健康診査助成金交付申請書

西郷村長 様

請 求 額	円
-------	---

1ヵ月児健康診査の受診費用の助成を申請します。

年 月 日

(請求者)

住 所

氏 名

印

(対象者との続柄

)

(対象者)

住 所

氏 名

生年月日

【添付書類】

- 医療機関発行の領収書等
- 診療明細書
- 受診した結果が記載されている1ヵ月健康診査受診票

振込先 金融機関名	銀行 信用金庫	支店
預金種別	1 普通 2 当座 (該当する方を○で囲んでください。)	
フリガナ		
口座名義		
口座番号		

(注意事項)

- ① 添付書類がそろっているか、必ず確認してください。
- ② 振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。
- ③ 訂正されるときは、訂正印を押印してください。