

豊浦町1か月児健康診査費用助成申請書

| | | | | | | |
|-------|-----------------|---|------------------|--------|---|-----|
| 受診者 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 年 | 月 | 日生 |
| | 氏名 | | | (| 歳 | ヶ月) |
| | 住所 | 〒 | — | 電話番号 (|) | — |
| 内 容 | 1 か 月 児 健 康 診 査 | | | | | |
| 実 施 日 | 年 月 日 | | | | | |
| 診査費用 | 円 | | | | | |
| 助 成 額 | 円 | | | | | |

豊浦町長 様

1か月児健康診査費用について、償還払を申請します。

年 月 日

申請者（保護者）氏名

※受診者と同じ場合は記入不要

申請者住所 〒 — 電話番号 () —

申請者以外の口座に振り込む場合は、下記に記入してください。

住所

上記申請額の受領を に委任します。

氏名

住所

委 任 者

氏名

| | | | | | | | | | |
|--------------|----|----------|-------|---------|--|--|--|--|--|
| 口座振替 依頼欄 | 銀行 | 本店 支店 | 種目 | 口 座 番 号 | | | | | |
| | 信金 | | 1普通預金 | | | | | | |
| | 農協 | | 2当座預金 | | | | | | |
| | 漁協 | | 3その他 | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 口 座 名 義 人 | | | | | | | | | |

※添付書類

- ① 健康診査を受診した医療機関等が発行する領収書及び明細書
- ② 健康診査の結果が分かる母子健康手帳の写し
- ③ その他町長が必要と認めるもの