

様式第1号（第6条関係）

越生町1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）越生町長

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号

越生町1か月児健康診査費助成金の交付を受けたいので、越生町1か月児健康診査費助成金交付要綱第6条第1項の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求します。

なお、この申請に基づく助成金の交付に当たり、町の住民基本台帳等の確認及び受診医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

受診した 乳児	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
受診した医療機関等の名称		
受 診 日	年 月 日	
支 払 額	円	
申 請 額 (上限：4,000円)	円	

（添付書類）

- 1 1か月児健康診査を受けた医療機関等において発行された当該健康診査費用の領収書
- 2 1か月児健康診査の受診日及びその結果が記載された母子健康手帳の写し
- 3 その他町長が必要と認める書類

振込口座

金融機関名		本・支店名	本店 支店 出張所
口座種別	普通・当座	フリガナ	
口座番号		口座名義	