

木曽岬町1か月児健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

木曽岬町長 様

申請者

住所 木曽岬町大字

氏名

電話

木曽岬町1か月児健康診査費用助成事業実施要綱第8条第1項の規定により、1か月児健康診査に係る助成金の交付を下記のとおり申請します。

記

乳児	住 所
	フリガナ氏 名
	生年月日 年 月 日
受診医療機関	
受診年月日	年 月 日
助成金額	円

振込口座

金融機関名	種別	口座番号	フリガナ口座名義人
銀行 本店 金庫 支店 信用金庫 支所 農協 出張所	普通 当座		
ゆうちょ銀行 店	記号 番号		

1. 申請者及び太枠の中をご記入してください。
2. 助成金の申請は、検査日から90日を経過したときは行うことができません。
3. 添付書類

ア. 木曽岬町1か月児健康診査費用助成金交付申請書兼補助券

イ. 医療機関発行の領収書（原本）