

様式第3号（第5条関係）

南関町1か月児健康診査費用助成金申請書

年 月 日

南関町長 様

《申請者》（保護者）

住所：南関町 _____

氏名： _____

連絡先： _____

次のとおり、1か月児健康診査費用の助成を申請します。

フリガナ			
1か月児健康診査を受けた乳児の氏名			
生 年 月 日			性 別
年 月 日			男 ・ 女
1か月児健康診査を受けた日	年 月 日		
1か月児健康診査を受けた医療機関			

- ※添付書類：①1か月児健康診査票（様式第1号）
②1か月児健康診査問診票（様式第2号）
③母子健康手帳
④領収書と診療明細書（受付印）
⑤振込希望先金融機関通帳等（申請者のもの）

下記は記入しないでください。

助成金決定伺 上記申請にかかる1か月児健康診査費用助成金を次のとおり決定してよろしいか		審査印
健診費用額 円	自己負担額 円	助成金額 円