

伊根町1か月児健康診査費助成金交付申請書

伊根町長 様	年 月 日
申請者 住所 〒 _____ 伊根町字 _____	
氏名 _____ 電話番号 _____	
下記のとおり、1か月児健康診査費の支給について、別添書類を添付のうえ申請します。 なお、必要な場合は、町が医療機関等に対し健診内容等の照会をすることについて同意します。	
ふりがな 保護者氏名	生年月日 年 月 日
ふりがな 健康診査対象者	生年月日 年 月 日
受診券番号 交付日	年 月 日
受診 医療機関	住 所
	医療機関名
	電話番号
医療機関に支払った額	円
交付申請額	円
申請理由	1 府外（委託外）医療機関受診のため
	2 その他（ _____ ）

下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号
		金融機関コード	店舗コード (ゆうちょ銀行 店番)	1 普通預金 2 当座預金 3 その他
	フリガナ 口座名義人			

- (注意) 1 1か月児健康診査に要した費用のわかる医療機関発行の領収書と1か月児健康診査受診券を添付し、受診日から1年以内に申請してください。
- 2 口座名義は、申請者本人のものとしてください。

※ この欄には記入しないで下さい。

支 払 決 定 額	自己負担額		支給決定額	
	添付書類	1 領収書 2 受診券 4 通帳等の写し	3 母子健康手帳の健診結果の写し 5 その他（ _____ ）	
	備考			