

様式第1号（第8条関係）

年 月 日

五城目町生後1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

五城目町長 様

申請者氏名 _____

受診者との続柄 _____

現住所 五城目町 _____

電話番号 _____

五城目町生後1か月児健康診査費助成事業実施要綱第8条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。なお、偽りその他不正な行為により助成金の交付を受けたと町長が認めるときは、助成金を返還することに同意します。

受診者氏名	
生年月日	年 月 日
健診実施日（※1）	年 月 日
健診費用	円
受診医療機関名	
助成金交付申請額（※2）	円

【注意事項】

※1 健診実施日の属する年度の末日までに五城目町役場 健康福祉課まで申請してください。

※2 助成額は上限6,000円とします。ただし、医療機関での健診費用が6,000円を超えない場合は、健診費用が交付申請額になります。

【添付書類】

- ・受診者、受診日、受診医療機関、支払金額等がわかる領収書
- ・母子健康手帳や健診の結果が記録されている書類等

金融機関名	農協 銀行 信金	本店 支店 出張所
預金種類	普通 当座 その他	
口座番号		
口座名義	(フリガナ)	