

様式第1号（第5条関係）

井川町1か月児健康診査費助成申請書兼請求書

年 月 日

井川町長 様

申請者住所  
氏名

次のとおり1か月児健康診査を受診したので、関係書類を添えて健康診査費助成の申請をします。

あわせて、健康診査費の助成を受けるに当たり、井川町役場が住民基本台帳閲覧や受診医療機関へ健診内容等について照会することに同意します。

1か月児健診を受けた者の氏名			
1か月児健診を受けた者と申請者の関係			
1か月児健診を受けた者の生年月日		年	月 日
1か月児健康診査受診日		年	月 日
受診医療機関			
補助金交付申請額（兼請求額）		円	
振込先	金融機関	銀行・農協 信用金庫	支店・支所 出張所
	預金種目	当座・普通	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

添付書類

- ・医療機関発行の1か月児健診費領収書及び診療明細書又はこれを証することができるもの
- ・当該健康診査の記録が記載された母子健康手帳のページの写し等、1か月児健診を受けたことがわかるもの