

寒川町1か月児健康診査費用助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 寒川町長

住所 _____

(申請者) 氏名 _____

(対象者(乳児)との続柄: _____)

電話 _____

※太枠の中をご記入ください。

フリガナ			
対象者(乳児)氏名	生年月日	年	月 日
住所	□申請者と同じ 寒川町		
1か月児健診受診日	年 月 日	医療機関等の名称	
医療機関等の住所等	電話 — —		
医療機関等に支払った額(A)	円	助成限度額(B)	6,000円
申請額(A・Bのうち少ない額)	円		

※助成金を振り込む口座をご記入ください。

金融機関名	銀行(農協・金庫) 本(支)店						
フリガナ	種別	普通・当座					
口座名義人	口座番号						

(口座番号は右詰めでご記入ください)

備考 この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 1か月児健診の結果が記載された健診票
- (2) 母子健康手帳
- (3) 医療機関等が発行する領収書等(受診者の氏名、受診日及び1か月児健診に要した費用であることが明示されているもの)
- (4) 前3号に掲げる書類のほか、町長が必要と認める書類