

別記様式（第5条関係）

遠軽町1か月児健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

遠軽町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

遠軽町1か月児健康診査費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

ふりがな			
乳児氏名			
生年月日	年	月	日
受診医療機関名			
生後1か月児健康診査受診日	年	月	日
申請額	円		
振込先	銀行・信用金庫 農協		本店・支店 所
	ふりがな	口座 番号	普通・当座
	口座名義		

※ 口座名義は、申請者の口座としてください。

添付書類

- 1 1か月児健康診査費用の領収書原本及び診療明細書の写し
- 2 母子健康手帳など検査結果が記載されているものの写し