

様式第2号（第9条関係）

1か月児健康診査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

大河原町長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

⑩（受診者との続柄）

1か月児健康診査費用助成について、大河原町1か月児健康診査実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり申請（請求）します。

受 診 者	ふりがな 氏 名	(男・女)		生年月日	年 月 日生
	住 所	大河原町			母子健康手帳番号
健診内容等		健診日	助成上限額 (A)	支払額 (B)	請求額 (A)又は(B)いずれかの少ない額
		年 月 日	6,000 円	円	円
振 込 先	金融機関名				支店
	口座番号	(普通・当座)			
	ふりがな 口座名義人				

添付書類

- (1) 町が交付した未使用の1か月児健康診査受診票兼助成券
- (2) 医療機関が発行した健診対象者又はその保護者の氏名、健診日及び健診に要した費用が記載されている領収書その他健診に要した費用の支払額等が確認できる書類
- (3) 健診結果が記載された母子健康手帳
- (4) その他町長が必要と認める書類