

粕屋町長 様

年 月 日

粕屋町1か月児健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

粕屋町1か月児健康診査費用助成事業実施要綱第9条2項の規定により、
下記のとおり申請します。
また、この申請内容について、医療機関等へ確認することを同意します。

受診者 (児)	名 前		生年月日	年 月 日
申請者	名 前	受診児との続柄()	生年月日	年 月 日
住 所	粕屋町		連絡先 電話番号	
健診	受診医療機関		受診日	自己負担額 (領収書金額)
			年 月 日	円
				助成金額 円

※太枠内は町で記入します

【振込先口座記入欄】

口座名義人	フリガナ		名義人名	
金融機関名		支店名		分類
				<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座
銀行 農協 金庫 組合		本・支店 本・支所 出張所		口座 番号
金融機関コード		支店コード		
右詰めで記入を				

【添付書類】

- 母子健康手帳の1か月児健康診査のページのコピー(施設名又は担当者名が入った実施医療機関記載分)
- 医療機関発行の1か月児健康診査の領収書及び診療明細書の写し(保険診療でないことが確認できるもの)
- 振込先口座の金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる通帳やキャッシュカードの写し
- 申請者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証の写し等)