

様式第2号（第8条関係）

川島町1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

川島町長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

川島町1か月児健康診査費助成事業実施要綱第8条第2項の規定により、川島町1か月児健康診査費助成金の交付を受けたいので申請及び請求します。なお、申請内容について、川島町が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

健診を受けた 児の氏名	(フリガナ)
健診を受けた 児の生年月日	年 月 日
健診を受けた 児の住所	
健診年月日	年 月 日 (か月 日)
健診を受けた 医療機関名	
健診の金額	円
申請(請求)金額	円 (上限 6,000 円)

振込先について

振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本 店 支店 (支所) 出張所
	預金の種類	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- ☐①健診費用の支払いを証する領収書の写し
☐②健診の結果がわかる書類の写し又は母子健康手帳の写し
☐③振込先口座が確認できるものの写し