

様式第1号（第5条関係）

受診者番号

年 月 日

三朝町産後健診・1か月児健診費助成金交付申請書

三朝町長 様

申請者 住 所

氏 名 印

次のとおり健康診査を受けましたので、受診費用について助成金を申請します。
また、助成金の支給に当たり、住民登録及び受診状況を調査することに同意します。

産後健診	対象者氏名	生年月日 年 月 日	
	受診日 年 月 日	受診金額 円	受診医療機関
	【請求金額】 * 上記受診金額の1/2 (100円未満の端数は切り捨て) 円		
1か月児健診	対象者氏名	生年月日 年 月 日	
	受診日 年 月 日	受診金額 円	受診医療機関
	【請求金額】 * 上記受診金額の1/2 (100円未満の端数は切り捨て) 円		

請求金額 合計	円
---------	---

助成金は下記の口座に振り込んでください。

金融機関名 _____ 支店名 _____

預金種別 普通 その他 () _____

口座番号 _____

(ふりがな)
口座名義人 _____

市町村担当者

確認印

--