

様式第2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
	受診日 年 月 日	受診金額 円	
	【請求金額】 * 上限 5,000 円 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】 * 上限 6,000 円 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
