

様式第 2 号（第 8 条関係）

吉見町 1 か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）吉見町長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

吉見町 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、助成金の交付を申請、請求します。

なお、申請内容について、吉見町が保有する個人情報を見学・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。

◆健診状況について

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 (申請者名義)	金融機関名	銀行・金庫・組合		本店 支店
	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 交付済みの受診票
- ④ 振込先口座が確認できるものの写し