

## 別記様式（第5条関係）

## 王寺町1か月児健康診査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

王寺町長殿

申請者（保護者）

住所：

氏名：

児との続柄：

電話番号：

王寺町1か月児健康診査費用助成事業実施要綱第5条第2項の規定により、1か月児健康診査費用の助成を受けるため、関係書類を添えて申請します。なお、助成金については、次の口座に振り込んでください。

また、1か月児健康診査費用の助成を決定するに当たり必要があるときは、1か月児健康診査を実施した医療機関等への支払い内容の確認をすることに同意します。

|                    |                          |      |       |
|--------------------|--------------------------|------|-------|
| 乳児氏名               |                          | 生年月日 | 年 月 日 |
| 受診日                | 年 月 日                    |      |       |
| 判定結果<br>(該当する項目に○) | 異常なし ・ 既医療 ・ 要経過観察 ・ 要紹介 |      |       |
| 申請(請求)<br>金額       | 円                        |      |       |

(6,000円を上限とする)

振込先

|                            |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|----------------------------|----------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|
| 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合 | 本店<br>支店 | 口座<br>番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 普通<br>・<br>当座 |
| カ ナ<br>(口座名義)              |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|                            |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|                            | カタカナで記入  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |