

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

度会町1か月児健康診査費助成金交付申請書

（宛先）度会町長

申請者（保護者） 住 所  
氏 名  
電 話

㊟

度会町1か月児健康診査費に係る助成金の交付を受けたいので、度会町1か月児健康診査費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり必要書類を添えて申請します。

健診受診日	申請額	交付決定額 (町記入欄)
年 月 日	円	※ 円
合 計	円	※ 円

（振込先）

金融機関名	口座種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
銀行 本店 信用金庫 支店 農 協 出張所	普通・当座		( )
ゆうちょ銀行 店	普通・貯蓄		( )

注) 振込先口座は、必ず申請者の口座を記載してください。

- 添付書類
- 1 母子健康手帳の写し
  - 2 健康診査結果票
  - 3 受診に係る領収書の写し
  - 4 その他町長が必要と認めるもの