

篠栗町長 様

年 月 日

### 篠栗町1か月児健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

篠栗町1か月児健康診査費用助成事業実施要綱第10条の規定により、下記のとおり申請します。  
また、この申請内容について、医療機関等へ確認することを同意します。

受診者 (児)	名 前		生年月日	年 月 日
申請者	名 前	受診児との続柄( )	生年月日	年 月 日
住 所	篠栗町		連絡先 電話番号	
健診	受診医療機関		受診日	自己負担額 (領収書金額)
			年 月 日	円
				申請額 (上限6,000円) 円

※太枠内は、町で記入します。

#### 【振込先口座記入欄】

口座名義人	フリガナ		名義人名	
金融機関名		支店名		分類
				<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座
		銀行 農協 金庫 組合	本・支店 本・支所 出張所	口座 番号
金融機関コード		支店コード		
右詰めで記入				

#### 【添付書類】

- 1か月児健康診査受診券の写し(実施医療機関記載分)
- 医療機関発行の1か月児健康診査の領収書及び診療明細書の写し(保険診療でないことが確認できるもの)
- 申請者の本人確認ができる書類の写し
- 振込先口座が確認できる書類の写し(申請者名義に限る。)
- その他町長が必要と認める書類の写し(代理人が申請の場合は委任状)