

様式第1号（第8条関係）

芦屋町1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

芦屋町長 様

年 月 日

下記のとおり、1か月児健康診査を受けたので、芦屋町1か月児健康診査費助成金交付要綱第8条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。また、この申請内容について町職員が住民基本台帳、他市区町村からの費用助成の有無、医療機関等における情報等、必要な情報を確認することに同意します。

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	〒		電話番号			

受診医療機関名			
受診日	自己負担額 (領収書金額)	上限額	助成申請額
年 月 日	円	6,000 円	円

口座 振込 依頼 欄	銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 支所・出張所						受付印	
	種目	1 普通	2 当座	3 貯蓄	口座番号						
	フリガナ										
	口座名義 (保護者氏名)										

【添付書類】

- ① 医療機関が発行する1か月児健康診査の領収書
- ② 1か月児健康診査問診票
- ③ 医療機関が記載した1か月児健康診査結果票
- ④ 振込先口座番号が分かる通帳等の写し

.....

<芦屋町確認欄>

申請者確認	<input type="checkbox"/> マイナ・運転免許証・その他 ()	申請者住基確認	<input type="checkbox"/> 住基登録確認済
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書、 <input type="checkbox"/> 健診問診票・結果票、 <input type="checkbox"/> 通帳等写し	対応者	