様式第１号(第10条関係)

琴浦町１か月児健康診査費助成金請求書

琴浦町長　　様

琴浦町１か月児健康診査費助成事業実施要綱第10条の規定に基づき、次のとおり請求します。

保護者氏名			
(ふりがな) 乳児氏名		生年月日	年　月　日
１か月児健康診査 受診医療機関			
健診年月日	年　月　日		
自己負担額	円	助成限度額	円
請求額	円		
添付資料 ・１か月健康診査票 ・１か月児健康診査に係る領収書 ・母子健康手帳			
年　月　日 請求者 住所　琴浦町大字 氏名　㊞ 電話番号			

助成金は下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 金庫 組合	店 所						
預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	(　　)					
口座番号								左詰で記入