様式第5号（第6条第2項関係）

佐用町１か月児健康診査費助成金請求書

　　年　　月　　日

　　佐用町長　　様

申請者　住所

氏名

電話

　　佐用町１か月児健康診査事業実施要綱第６条第２項の規定により次の金額を交付くださるよう請求します。

請求金額　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児 | | 氏名 | |  | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | |
| 住所 | |  | | | | |
| 受診年月日 | | | |  | | | | |
| 受診医療機関 | | | |  | | | | |
| 健康診査費用 | | | | 円　　※健康診査に直接要した費用 | | | | |
| 振込先 | 金融機関の名称 | | 銀　　行・農　　協　　　　　　　　　支　店  信用金庫・信用組合　　　　　　　　　出張所 | | | | | |
| フリガナ | |  | | 預金種目 | １ 普通  ２ 当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義 | |  | |

* 助成券・1か月児健康診査に係る領収証の写し・母子手帳の写し 添付