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