

蔵王町長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
電 話

受診者との関係（ ）

蔵王町1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

1か月児健康診査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。併せて、町が保有する個人情報について職員が調査閲覧することに同意します。また、重複申請や偽りその他不正な手段により助成金を申請した場合は、助成金の全部又は一部を返還することを了承します。

母子健康手帳交付番号			
受診者	(フリガナ) 氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日生	
助成金 振込先口座	金融機関	銀行・農協 本店・支店 金庫・組合 本所・支所	
		預金種別	普通・当座 口座番号
	(フリガナ) 口座名義	(申請者と同じ)	
受診内容等	受診年月日	年 月 日	
	支払金額	円	
助成金請求額		円	

備考 太枠部分は訂正不可。

添付書類

1. 受診票
2. 医療機関が発行した健康診査等に係る領収書(検査項目の明細が確認できるもの)
3. 振込先口座の写し(金融機関名、支店名、口座番号及び口座名義人が確認できるもの)
4. 母子健康手帳の写し