久山町１か月児健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

久山町長　宛

　　　年　　月　　日

久山町１か月児健康診査費用助成事業実施要綱第９条の規定により、次のとおり助成金を申請します。また、久山町が必要に応じ、この申請内容について医療機関等に照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者(保護者) | 氏名 | 受診者との続柄( 　 ) | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 日中連絡がつく連絡先 |  |
| 受診者(乳児) | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 久山町大字 |
| 検査実施医療機関 | 名称所在地 |
| 検査実施日 | 年　　　月　　　日 | 1か月児健康診査費用 | 円 |
| 助成申請額(※) | 円 |

※実際に1か月児健康診査に要した自己負担額と上限額（6,000円）のいずれか低い額

振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　銀行・金庫・農協・信用金庫 |
| 支　店　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　本店・支店・支所・出張所 |
| 預金種目 | 普通　･　当座　・その他（　　　　　） |
| 口　座　番　号 |  |
|  |  |

添付書類

（１）医療機関等が発行する1か月児健康診査の領収書及び診療明細書の写し

（２）母子健康手帳の写し

《町記入欄》

（３）振込先口座が確認できる書類

助成決定額

　　　　　　　　　　円

（４）申請者の本人確認ができるもの