

邑楽町長 宛て

申請者 住所
氏名

受診者との関係（ ）

電話
（日中連絡の取れる携帯等）

邑楽町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。

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 金庫・組合			本店・支店 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。

注意事項

- ◎修正液や修正テープ等での修正はできません。太枠内及び申請者以外の修正は二重線で消した上で、訂正してください。
- ◎摩擦熱で消えるボールペンで記入しないでください。

添付書類

- 医療機関発行の支払額を証明するもの
*領収書に以下の項目が記載されていることを確認してください。
受診者氏名 受診日 受診内容名 受診金額 受診医療機関名
- 邑楽町から交付された受診票、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)を添付してください。
- 預金通帳の写し(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)を添付してください。