

別記様式第1号（第10条関係）

大泉町1か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大泉町長 様

申請者 千
住 所 大泉町
氏 名
電話番号

1か月児健康診査助成金の交付を受けたいので、大泉町1か月児健康診査実施要綱第10条第3項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、1か月児健康診査助成金の交付に必要な範囲で関係職員が私と私の世帯に係る住民基本台帳の状況を開覧することに同意いたします。

1 1か月児健康診査受診者

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
出生日		母子健康 手帳番号	
支払金額	円	請求金額	円

2 振込先口座（申請者本人名義のもの）

金融機関名		本・支店名	
フリガナ		預金種別	普通 ・ 当座
口座名義人		口座番号	

（添付書類）

1か月児健康診査受診票 領収書 その他町長が必要と認める書類

※町記入欄

支払金額	円	交付決定額	円
------	---	-------	---