

朝日町1か月児健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝 日 町 長 様

申請者（受診者）

住 所 朝日町

氏 名

電 話

朝日町1か月児健康診査費用助成事業実施要綱第5条の規定により、1か月児健康診査に係る助成金の交付を下記のとおり申請します。

記

(ふりがな) 申請者氏名		生年月日	年 月 日
(ふりがな) 対象児氏名		生年月日	年 月 日
健康診査を受けた医療 機関等の名称			
健康診査費 用		助成金	

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(ふりがな) 口座名義人	-----		

1. 太枠の中をご記入ください。
2. 助成金の交付申請は、健診が終了した後に申請をすること。
3. 助成金の交付申請は、受診日の翌日から1年以内に申請書を提出すること。
4. 助成金の額は、1か月児健康診査費用助成事業実施要綱第3条に規定する額とする。
5. 添付書類
  - ア. 三重郡1か月児健康診査費用補助（助成）金交付申請書兼補助券
  - イ. 三重郡1か月児健康診査問診票
  - ウ. 1か月児健康診査結果票もしくは検査結果のわかるもの（母子健康手帳のコピー等）
  - エ. 1か月児健康診査費用の領収書