様式第１号（第６条関係）

年　　　月　　　日

舟橋村長 様

申請者住所　舟橋村

　　氏名　 　　　印

　　電話

舟橋村1か月児健康診査費助成申請書兼請求書

１か月児健康診査助成金として下記のとおり関係書類を添えて請求します。

あわせて、健診費用の助成を受けるに当たり、舟橋村役場が住民基本台帳閲覧や受診医療機関へ健診内容等について照会することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者フリガナ氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　 　　月　　 　　　日 |
| 受診日 | 　　　 　年　　　 　　月　　 　　　日 |
| 健診費用 | 円 | ※補助額　　　　　　　　円 |
| （領収書添付） |
| 受診医療機関名 |  |
| 申請者との続柄 |  |
| 銀行信金農協 | 本店支店出張所 | 口座番号 | 口座名義人 |
| 普・当 |  | （フリガナ） |
|  |

太枠内の※印は、記入しないでください。

添付書類：

□健診費用の支払いを証明する書類(領収書及び明細書、支払証明書等) ※原本

□健診結果が記載されている舟橋村1か月児健康診査受診票兼健康診査費領収書

□当該健康診査の受診記録が記載された母子健康手帳のページの写し