

様式第 1 号（第 1 1 条関係）

東秩父村1か月児健康診査助成金交付請求書

年 月 日

東秩父村長 様

住 所 東秩父村

申請者 氏 名

電話番号

東秩父村1か月児健康診査助成事業実施要綱第 1 1 条第 1 項の規定により、東秩父村1か月児健康診査助成金を申請します。

健 診 日	年 月 日		
フ リ ガ ナ 児 の 氏 名			
住 所			
生 年 月 日（年 齢）	年 月 日		
医 療 機 関 名			
支 給 申 請 額	円		
振 込 先	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
	普 ・ 当	口 座 番 号	
	フ リ ガ ナ 口 座 名 義 人		

※添付書類 受診医療機関発行の領収書と明細書