

◆ み ほ ん ◆

様式第3号 (第7条関係)

年 月 日

1 か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

記入しないでください。

壬生町長 様

1 か月児健康診査を受けたので、助成金を交付されたく申請 (請求) いたします。

※申請者と  
口座名義は  
同じ名前。  
通し振込み

申請者 住所 壬生町壬生甲3841番地1

氏名 壬生 花子 印

電話 0282 ( 81 ) 1887

検査を受けた児との続柄： ( 母 )

支払金額		円
個人負担金		円
助成額		円

記入しないでください。

児氏名	壬生 太郎		生年月日	R7年 4 月 1 日
指定振込口座	金融機関	〇〇	銀行	〇〇 支店
	(フリガナ)	ミヅ ハナコ		
	口座名義	壬生 花子		
	口座種別	普通 当座	口座番号	1234567
検査を受けた 医療機関	〇〇〇〇	病院 医院	検査を受け た年月日	R7年 5 月 1 日

※申請に必要なもの 領収書・壬生町で配布された受診票・母子健康手帳の写し・印鑑・振込口座の通帳の写し

《申請にあたっての注意》

1 検査を受けた医療機関から領収書 (レシート不可) を受取りご持参ください。

※領収書の再発行等の諸経費は自己負担となります。

2 助成金の上限額は、壬生町1か月児健康診査助成事業実施要綱第6条に掲げる額となります。

3 助成金の請求できる期間は、検査した日から1年以内です。