

様式第3号（第7条関係）

基山町 1 か月児健康診査費助成申請（請求）書

年 月 日

基山町長 様

(申請者) 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____
電 話 _____

基山町1か月児健康診査費助成実施要綱第7条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

乳 児 氏 名		生年月日		年 月 日
受診医療機関名				
検査受診日 自己負担額		年 月 日	自己負担額	円
助成申請額		金 円		
振 込 先 口 座	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 本所・支所
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義			

- 1 助成申請額は、実際に1か月児健康診査に要した費用の額とする。1回あたり5,000円を上限とする。
- 2 添付書類
 - (1) 受診した医療機関等が発行する領収書
 - (2) 受診票又は母子健康手帳など1か月児健康診査の記載がされているものの写し
 - (3) その他町長が必要と認める書類
- 3 申請者と口座名義人は、同一でお願いします。
- 4 申請期間は、1か月児健康診査を受けた日から起算して1年以内です。