

1 か月児健康診査費償還払い請求書

年 月 日

高取町長 様
請求者 住所

氏名 印

次のとおり健診を受けましたので、受診費用についての助成金を請求します。
また、助成金の支給に当たり、乳児の住民登録についての調査を受けることに同意します。

請求金額： 円

乳児氏名	
乳児生年月日	年 月 日
健診受診日	年 月 日
健診医療機関等名	
健診金額	円

- 添付書類) ①健診に係る領収書
②1 か月児健康診査受診券(様式第1号) 若しくは健診結果が確認できる書類の写し

振 込 先 ※乳児を監護及び養育している方の口座に限ります。

振込先	金融機関	銀行 組合 金庫 農協		本店 支店(支所) 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	(ふりがな) 口座名義人	
	口座番号			

※町職員記入欄	乳児住民登録： 有 ・ 無
---------	---------------