

開成町1か月児健康診査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

開成町長様

[申請者]

住 所

氏 名

電話番号

[対象児]

氏 名

生年月日

1か月児健康診査費用を次のとおり請求します。なお、支払事務にあたり、住民基本台帳を確認すること及び領収書の内容について医療機関に確認をすることに同意します。

請求金額	円
------	---

委託外医療機関受診	件	円
補助券以下	件	円

振込み先口座

銀行名	銀行・信金・農協・労金
支店名	支店
預金種目	普通・当座
口座番号	
ふりがな	
口座名義人	

開成町1か月児健康診査費用助成交付(不交付)決定通知書

年 月 日

様

開成町長

申請がありました1か月児健康診査費用助成の申請について、次のとおり決定しましたので通知いたします。

<input type="checkbox"/> 交付します		
助成決定額		円
助成内訳	委託外医療機関	円
	補助券以下	円
振込先		
振込予定日	年	月 日

<input type="checkbox"/> 交付しません (理由)
