様式第３号（第９条関係）

**大井町１か月児健康診査費用助成申請書兼請求書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大井町長　様

　次のとおり大井町１か月児健康診査費用助成の申請及び請求をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 母子健康手帳番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 大井町 |
| 電話番号 | 　　　　　－　　　　　　－ |
| 受検者（子） | フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 検査日 | 年　　　月　　　日 |
| 検査実施医療機関 |  |
| 請求金額 | 　　　　　　　　　円（上限額：4,000円） |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行 ・ 金庫 ・ 農協 |
| 本・支店名 | 本店 ・ 支店 |
| 口座種類 | 普通 ・ 当座 | 口座番号（右詰めで記入） |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

添付書類

□ 大井町１か月児健康診査問診票

□ １か月健康診査（保険外診療に限る）に要した経費の領収書及び診療内容の分かる明細書の写し

□ 検査受診日及び結果が記載されている母子健康手帳の写し

□ 振込先口座が確認できるもの（通帳またはキャッシュカードの写し）