

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						
	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）