

年 月 日

新宮町長 様

申請者 住所
氏名
受診者 氏名

新宮町乳幼児健康診査等の受診に係る渡船運賃助成申請書

新宮町乳幼児健康診査等の受診に係る渡船運賃助成に関する要綱第 4 条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

1 助成金交付申請額 _____ 円

(内訳)

渡船旅客運賃（該当するものに○をしてください）

1 か月児健康診査	4 か月児健康診査	7 か月児健康相談	10 か月児健康診査
1 歳 6 か月児健康診査	3 歳児健康診査	就学時健康診断	

(受診日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2 添付書類

(1) 領収証等（渡船を利用した日付及び金額が明記されたものに限る。）

(2) その他町長が必要と認める書類

3 振込先

金融機関名	銀 行 農 協 信用組合 漁 協			支 店
預金種目	普 通 ・ 当 座	口座番号		支 所
(フリガナ)				
口座名義				

※振込先の口座は、申請者名義のものを記入してください。

※町記入欄

受診日：	確認者：
------	------