

新宮町1か月児健康診査費助成金請求書

年 月 日

新宮町長 様

請求者 住所
氏名

新宮町1か月児健康診査費助成金を下記のとおり請求します。

記

1 請求金額

金 円 (上限4,000円)

2 振込先

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	口座名義	(フリガナ)	

3 添付資料

- (1) 自己負担した健康診査料（母の健康診査料は除く）に係る領収書及び明細書
- (2) 医療機関が記載した1か月児健康診査を証する書類
- (3) 振込先（口座番号、口座名義等）が確認できるもの