

玉城町1か月児健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

玉城町長 あて

申請者 住 所 玉城町

氏 名

電話番号

玉城町1か月児健康診査費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。
また、この助成の決定に関する事務手続の処理のため、玉城町が住所、受診状況等について関係機関に照会し、取得すること及び関係機関が玉城町からの照会に対し回答し、及び報告することに同意します。

(フリガナ) 赤ちゃんの名前	()	生年月日	年 月 日
健康診査を受けた医療機関等の名称			
1か月児健康診査費用として医療機関に支払った額	円	交付を受けようとする助成金申請額	円
助成金交付決定額（玉城町記入欄）		円	

1か月児健康診査に要した費用に係る助成金を下記の振込先に入金願います。なお、その振込をもって助成事業が承認、通知されたものと了承いたします。

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
口座番号	普通預金 NO. _____	
フリガナ		
口座名義		

- * 金融機関名は、該当箇所には○をつけて下さい。
- * 必ず申請者名義の口座を記入して下さい。（名義が異なる場合は、委任状が必要です）