

1か月児健康診査費助成申請書

年 月 日

中 標 津 町 長 様

申請者住所
中標津町

申請者氏名 _____ 印

1か月児健康診査費用の助成を受けたいので、書類を添付して申請いたします。

記

ふりがな					
受診者氏名					
生年月日		年	月	日	
受診年月日		年	月	日	
受診医療機関名					
支払い先	金融機関名	銀行 金庫	支店	種別	普通預金 当座預金
	口座番号	(ふりがな) 口座名義人			
添付書類		・領収書 ・母子手帳の写し ・明細書 ・未使用の受診票			

※上記太枠の中のみ記入してください。

※口座振替でお支払いいたしますので支払い金融機関などを正確にご記入ください。

※自己負担額が助成基本額(4,000円)を下回る場合は、自己負担額が上限となります。

自己負担額		請求額	
-------	--	-----	--

申請書は中標津町保健センター健康推進課 母子健康係(0153-72-2733)へ提出してください。