

様式第1号（第4条関係）

1 か月児健康診査助成申請書

年 月 日

玉川村長 様

住 所
保護者
氏 名

(フリガナ)		生年月日	年 月 日
乳児氏名			
保護者氏名		連絡先	
住所			
受診日	年 月 日		
医療機関へ支払った金額	円		
助成金振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協 本・支店	
	口座種別	普通	
	口座番号		
	(フリガナ)		
	口座名義人		

※申請の際には、領収書を添付してください。領収書がない場合には、下記の証明欄に医療機関の受領証明を受けてください。

乳幼児健康診査料金受領証明書

受領金額	円
健診種類	1 か月児健康診査

年 月 日

所在地

医療機関 名称

氏 名

印