

申請日 年 月 日

（あて先）大台町長

住 所：
申請者 氏 名：
電話番号：

大台町 1 か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

大台町 1 か月児健康診査実施要項第 8 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き処理のため、大台町が住所、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大台町からの照会に対し回答し、又は報告することに同意します。

受診者 (児)	住所	大台町		
	氏名			
	生年月日	年	月	日
受診医療機関名			受診日	年 月 日
健康診査費用額		円		
請求額		円		

振込先（原則として、申請者の口座を指定してください。）

金融 機関	銀行		本店		
	信用金庫			支店	
	農 協				出張所
	店名				
種別	普通 ・当座	口座番号			
フリガナ					
口座名義人					

注）1 か月児健康診査結果票と医療機関で発行された健診費用に係る領収書（原本又はその写し）、その他町長が必要と認める書類を添付してください。

※申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

* 委任状	
私は、上記口座名義人に健診費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名

※事務処理欄

必要書類確認		本人確認		振込先確認		備考	
--------	--	------	--	-------	--	----	--