様式第１号（第５条関係）

宮代町１か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

　　　　年　　月　　日

（宛先）宮代町長

住所

申請者　氏名

電話

宮代町１か月児健康診査助成金交付要綱第５条第１項の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、町が受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 乳児の氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | □申請者と同じ  □申請者と異なる（住所を記入してください。）  　宮代町 | | |
| 受診日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 医療機関の名称 |  | | |
| 医療機関の所在地 |  | | |
| 申請金額 | 円 | | |

振込先（申請者名義に限る。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | | | 本店・支店 | | | | | | | | | | |
|  | | | 銀行・信用金庫  農協・信用組合 | |  | | | | | | | 本店・支店  出張所 | | | |
| 金融機関  コード |  |  |  |  | 支店コード・店番 | | |  | | |  | | |  | |
| 預金種目 | 普通 ・ 当座 | | 口座番号 | |  |  |  | |  |  | | |  | |  |
| 口座名義 | フ リ ガ ナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名義人氏名 | |  | | | | | | | | | | | | |

添付書類

（１）医療機関により記載を受けた宮代町1か月児健康診査問診票及び宮代町1か月児健康診査票

（２）１か月児健康診査に係る領収書

（３）１か月児健康診査に係る明細書（領収書に受診日、受診者、受診内容又は受診費用の記載がない場合に限る。）

（４）その他町長が必要と認める書類