

1 か月児健康診査費用交付申請書

令和 年 月 日

鏡石町長 様

申請者 住 所 鏡石町

氏 名 印

電話番号 ()

下記のとおり受診しましたので、その費用を請求します。なお、私が受領する交付金は、下記口座へ振込の方法によりお支払いくださるようお願いいたします。

受診内容	1 か月児健康診査		受 診 し た 者										
受診した医療機関			氏 名	(フリガナ)									
所在 市町村名			生年月日	令和 年 月 日									
			性別	男 ・ 女									
医療機関名			住 所	鏡石町									
			電話番号	()									
交付金申請理由													
医療機関に支払った額			円										
交付請求額	振 込 先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信組 支店 < <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座>											
※記入しないでください		(口座番号)	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
円		(フリガナ)	口座名義										

受診した医療機関で、下記の証明を受けてください。

1 か月児健康診査受診証明書 (医療機関が記入してください。)			
受診した者の氏名		受 領 金 額	円
受 診 年 月 日	令和 年 月 日	受 領 年 月 日	令和 年 月 日
上記のとおり証明します。			
令和 年 月 日			
所在地			
医療機関名 名称			
代表者名		印	

※鏡石町使用欄 (申請者は記入しないでください。)

課 長		副課長		課 員	
下記交付額のとおり決定してよろしいか伺います。				起案者	
交付額	円	交付決定年月日	・ ・	交付決定通知年月日	・ ・