

島本町乳児一般（1 か月児）健康診査費用助成申請書

島 本 町 長 様 年 月 日

申請者 住 所 島本町
氏 名
電話番号
(続柄)

島本町乳児一般（1 か月児）健康診査実施要綱第 9 条第 1 項の規定により、次のとおり乳児一般（1 か月児）健康診査に要した費用の助成を申請します。助成金については、次の口座へ振込みを依頼します。なお、審査のため、受診者の住民基本台帳を閲覧することに同意いたします。

受 診 者	氏 名					
	生 年 月 日	年	月	日	性別	男・女
受診費用 の負担額	受 診 日	年 月 日				
	支払った額	円				
受 診 医療機関	医療機関名					
	所 在 地					
振 込 先 口 座	銀行コード 店 番 号	■銀行コード4桁記入			■店番号3桁記入	
	金融機関名	銀行・信金 農協・組合			支店	
	口 座 番 号					預金種別
	フリガナ					普 通 ・ 当 座
	口 座 名 義					