

島本町乳児一般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 \_\_\_\_\_)

島本町乳児一般健康診査実施要綱第9条第1項の規定に基づき、次のとおり乳児一般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	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				