

様式第2号（第6条関係）

菰野町1か月児健康診査費補助金交付申請書

年 月 日

菰野町長 宛て

申請者

住 所 菰野町

氏 名

電 話 ー

菰野町1か月児健康診査費補助事業実施要綱第6条の規定により、1か月児健診に係る補助金の交付を下記のとおり申請します。

	受診年月日	1か月児健診費用
1か月児健診	年 月 日	円

補助金の振込先(名義は申請者に限ります)

振込口座	銀行・信用金庫						種別	当座・普通
	支店							
口座番号	右	づ	め				ふりがな	
							口座名義人	

1. 補助金の交付申請は、健診終了後60日以内に申請をすること。
2. 補助金の額は、菰野町1か月児健診補助事業実施要綱第3条に規定する額とする。

【菰野町受付印】

添付書類

- ア. 1か月児健康診査費用補助金交付申請書券補助券（町控2部）
- イ. 1か月児健康診査費用の領収書（原本）
- ウ. 補助金の振込先通帳(写) 支店名、口座番号の掲載されたページ