

令和 年 月 日

坂城町長 様

申請者
住 所
氏 名
受診者との関係
電話番号

㊞

坂城町 1 か月児健康診査県外受診費助成金交付申請書

1 か月児健康診査受診費助成金の交付を受けたいので、坂城町 1 か月児健康診査県外受診費助成金交付要綱に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 か月児健康診査受診者	フリガナ				生年月日
	氏 名				年 月 日
	住 所	〒 坂城町			
	電 話 番 号				
申 請 額 内 訳		償還払上限額 (A)	受診者支払額 (B)	申請額 (A) 又は (B) いずれか少ない額	
	金額	6, 0 4 0 円	円	円	

添付書類

- (1) 未使用の 1 か月児健康診査受診票
- (2) 県外医療機関等が発行した領収書で、健康診査費用の額、受診日及び医療機関又は助産所の名称が記載されたもの
- (3) 母子健康手帳の写し又は県外医療機関等が発行した健康診査の結果
- (4) 前 3 号に掲げるもののほか、町長が必要と認めるもの