第３号様式（第６、１１条関係）

１か月児健康診査費補助金交付申請書（兼請求明細書）

金　　円

但し、１か月児健康診査受診に要した費用への補助金として

申請者（保護者）の住所（〒　　―　　）

奈良県

フリガナ
氏　　名

電　　話（　　－　　－　　）

受診した１か月児健康診査の健診費用について、補助を受けたいので申請します。

【太枠内を記載し、必要書類を添付してください】

１か月児健診受診者氏名		生年月日	年　　月　　日

１か月児健診受診日	１か月児健診費用（保険適用分を除く）	決定額
年　　月　　日	円	円

※必要書類：領収書、母子健康手帳（１か月児健診受診結果記載内容）を添付してください。

領収書を紛失された方は、下記の太枠内に医療機関等の証明を受けてください。

上記、１か月児健康診査を実施したことを証明します。

所　　在　　地

医療機関等の名称　　印

代　表　者　名

上記のとおり請求いたします。

年　　月　　日

三宅町長　殿

支　払　機　関　名				預　金　種　別				口　座　番　号						
銀行 農協 信金	支店			普通・当座・その他（　　）										
	店　番			カナ（必ず記入）										
				口座名義人										