

# 熊取町乳児一般健康診査助成申請書

年 月 日

申請先 熊取町長

申請者 住 所 〒

氏 名 (署名または記名押印)

電 話

下記の通り必要書類を添えて申請します。 なお、助成金は下記へ振り込み願います。  
熊取町がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に乳児一般健康診査について照会することに同意します。

種類	乳児一般健康診査				
医療機関名	所在地				
	名称				
受診日	年 月 日 (生後 週 日)		申請額 (保険適用外の乳児一般健康診受診料)	円	
受診者氏名			男	生年月日 年 月 日生	
			女		
振込先	銀行 支店		口座名義 (申請者名義)	フリガナ	
	普通 当座	口座 番号			

受付者 ( )

※以下は記入しないで下さい。

住民票の有無	申請額	助成決定額
有 ・ 無	円	円