

様式第1号

根室市1か月児健康診査費用補助金交付申請書

年 月 日

根室市長様

申請者 住所
氏名 印
TEL ()

根室市1ヶ月児健康診査補助金の交付を受けたいので、関係書類を添付し、申請します。

受診者の氏名等	氏名			
	生年月日	年 月 日		
医療機関名				
受診年月日	年 月 日			
交付申請額 (自己負担額)	円			
振込先	金融機関名	銀行・漁業協同組合 信用金庫・農業協同組合		本店 支店
	口座番号	普通・当座 No.		
	フリガナ			
口座名義人				

※領収書及び明細書・母子健康手帳添付

認定	決定	可・否	部長	課長	主査	課員
	交付決定額		円	受付担当者		