

別記様式（第4条関係）

与那国町1か月児健康診査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

与那国町長 様

申請者 住 所：与那国町字与那国 番地

氏 名：

（乳児との関係： ）

与那国町1か月児健康診査費用助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。なお、助成金の交付に係る審査に際して必要があるときは、住民登録等の状況を調査することに同意します。

乳児	住 所	与那国町字与那国 番地			
	(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日	
実 施 医 療 機 関					
受 診 年 月 日					
助 成 金 請 求 額		円			
口座 払込先	金 融 機 関	銀行・組合 公庫・農協		本店 支店	普通 当座 ()
	(ふりがな) 口 座 名 義		口座番号		

※1か月児健康診査費用の助成額の上限は6,000円です。

※申請には、医療機関の領収書及び明細書の写し、母子健康手帳（1か月児健康診査の結果がわかるもの）の写し、振込口座を確認できる書類（通帳やキャッシュカード等）の写しを添付してください。