

様式第3号（第9条関係）

八郎潟町1か月児健康診査費助成交付申請書

年 月 日

八郎潟町長 様

申請者 住所 八郎潟町

氏名

受診者との続柄

電話番号

関係書類を添えて次のとおり1か月児健康診査費の助成を申請します。

受診者氏名		生年月日	年 月 日
申請額	円		
受診日	年 月 日		
受診した医療機関名			

（添付書類）

- （1） 医療機関により記載を受けた受診票または母子手帳の写し
- （2） 受診票に掲げる1か月児健康診査項目に係る領収書及び明細書の写し