

様式第 4 号(第 7 条関係)

年 月 日

五霞町長 様

申請者 住所 五霞町
氏名
連絡先（電話）

五霞町乳児健康診査費助成申請書兼請求書

五霞町妊産婦健康診査及び乳児健康診査実施要綱（平成 24 年五霞町告示第 15 号）
第 7 条の規定に基づき，次のとおり申請します。また，支給決定後は，次に指定
する口座への振込みにより支給されるよう請求します。

種 別		実施費用額	補助額＊町記入欄
対象者氏名 生年月日 年 月 日	生後 1 ヶ月	円	円
	1 回	円	円
	2 回	円	円
	合 計	円	円

次の口座に振込み願います。

金 融 機 関 名	銀行・農協 支店		
種 別	当座 ・ 普通	口座番号	
口 座 名 義 人	フリガナ -----		

添付書類

- 1）申請する回の乳児一般健康診査受診票
- 2）乳児一般健康診査に要した費用の領収書（コピー不可）
- 3）乳児一般健康診査の受診日及び診査結果の記載された母子健康手帳の写し