

別記様式第3号（第7条関係）

1か月児健康診査費用助成申請書

年 月 日

上三川町長 宛て

申請者 住 所  
氏 名  
電 話 番 号  
子との関係

1か月児健康診査を受けたので、当該費用の助成について関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 子の氏名		子の生年月日	年 月 日
子の住所	上三川町		
区分	受診日	受診費用	申請額
1か月児健康診査	年 月 日	円	(上限5,000円) 円

払 込 先 金 融 機 関	銀行							支店
口 座 番 号	1普通 2当座							
(フリガナ) 口座名義人								

※添付書類

- 1 1か月児健康診査に要した金額を証明できる書類
- 2 母子健康手帳の写し等検査結果がわかる書類
- 3 1か月児健康診査受診票