様式第３号(第８条、第９条関係)

１か月児健康診査費助成金請求書

健診でかかった費用を記載してください。(上限 6,000 円)
6,000 円を超えた場合も
「6,000 円」と記入をお願いします。

¥

年　　月の１か月児健康診査に要した費用について、
受診報告書（　　枚）・領収書を添えて請求いたします。

神河町長　　様

年　　月　　日

実施医療機関　　所在地

名　称

医師名　　㊞

助成対象者が請求する場合

住　所

氏　名

電話番号

住所・氏名・電話番号・
振込先（申請者本人）の記入を
お願いいたします。

【振込先】

振込先金融機関名	銀行・信用金庫・農協	支店名	支店
口座名義人	フリガナ		
口座番号		預金種別	1.普通　2.当座　3.その他