**木島平村乳児1か月健康診査費用補助金交付申請書兼請求書**

令和　　年　　月　　日

木島平村長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　木島平村大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり、木島平村乳児1か月健康診査費用補助金を申請（請求）します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　児 | （フリガナ）  氏　名 |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住　所 | 木島平村大字  　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | |
| 振　込　先 | 金融機関名 | | | 支店名 | | | | 種類 |
| 銀行 農協  金庫 信組 | | | 本・支店  本・支所 | | | | 普通・当座 |
| 口座番号 | |  | | 口座名義(カナ) | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 乳児1か月健康診査実施日 | | 年　　月　　日 | |
| 実施医療機関名 | |  | |
| 健康診査費用  a | 交付限度額  b | | 請求額  (aとｂを比較した低い額) |
| 円 | ４，０００円 | | 円 |

＊申請は受診日から３か月以内、または1か月健診を受けた年度の３月３１日

のいずれか早い日までに限る。

【添付書類】

（１）1か月健診に要した費用の領収書の写し

（２）１か月児健康診査問診票・１か月児健康診査票（両面印刷）