

様式 1

1 か月児健康診査費用助成申請書

令和 年 月 日

美幌町長 平野 浩司 様

〒092-

申請者 住所 美幌町字

氏名 印

*自署した場合は押印を省略することができます

Tel

1 か月児健康診査費用の交付を受けたいので、医療機関の領収書および健診記録の写しを添えて申請します

ふりがな 児氏名 _____		生年月日 _____ 年 月 日	
振 込 先 銀 行	口 座 番 号	受 取 人 名	
銀 信 農 行 金 協 店			