様式第１７号（第９条関係）

乳児一般健康診査費助成金交付申請（請求）書

年　　月　　日

日 出 町 長　　様

申請者　住　　所
氏　　名

下記のとおり乳児一般健康診査費助成金を申請（請求）します。

請求金額　　円

保護者	住　　所	日出町
	ふりがな	
	氏　　名	
	電話番号	
乳　児	ふりがな	
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日生
振込先口座	金融機関	支所・支店
	口座種別	普　通
	口座番号	
	口座名義人	ふりがな

＊添付書類
・健康診査の結果が記載された受診票
・領収書