様式第１号（第５条関係）

大空町1か月児健康診査費用助成金交付申請書（兼）請求書

　大空町1か月児健康診査費用助成金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

年　　　月　　　日

　大空町長　様

住　所

申請者

氏　名

（連絡先　　　　　　　　　　　　　　　）

　1か月児健康診査費用の助成を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1か月児健康診査費用 | | | 円 | | | 助成額 | | 円 | |
|  | | |  | | |  | |  | |
| 振込先金融機関 | | | | | | | 預金種目 | | 口座番号 |
|  | 銀行  信用金庫  農業協同組合  漁業協同組合 | | | 本店  支店  本所  支所 | | | １ 普通  ２ 当座 | |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | |
| 口座名義 | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 上記の1か月児健康診査費用助成金の受領を　　　　　　　　　　　に委任します。 | | | | | | | | | |
|  | | | | | 住　所 | | | | |
|  | | | | | 氏　名 | | | | |