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　　　　　　　　　　　　　　　　　 |