

第2号様式（第9条関係）

葉山町1か月児健康診査契約外医療機関等受診費用補助申請書

年 月 日

葉山町長 殿

住 所.....

申請者 氏名.....(児との関係.....)

電 話 番 号.....

申請者の個人番号

1か月児健康診査補助事業実施要綱第9条の規定により、契約外医療機関等で受けた1か月児健康診査に要した費用の補助について申請します。

補助申請額 _____ 円

振込先（通帳等の写しを添付すること）

金融機関名		支店名		種別	普通 当座	口座 番号				
	1 銀行 3 信組 2 金庫 4 農協									
金融機関コード		支店コード		口座 名義	フリガナのみ					

* 事務処理欄

1か月児健康診査 費用の補助を	行 う	補助金額	円
	行わない	理由（	）

決裁	課 長	課長 代理・補佐	係 長	担当者	受付年月日	
					起案年月日	
					決裁年月日	