

別記様式第 2 号（第 8 条関係）

倶知安町 1 か月児健康診査公費負担申請書

年 月 日

倶知安町長 様

住所 倶知安町
申請者 氏名
電話番号

倶知安町 1 か月児健康診査実施要綱第 8 条第 2 項に基づき、下記のとおり申請します。
なお、公費負担の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会及び医療機関等に対する検査結果等の照会について同意します。

フリガナ 乳児氏名		生年月日	年 月 日
フリガナ 産婦氏名		生年月日	年 月 日
申請内訳	健診日	(出生後 27 日を超え、生後 6 週間に達しない日) 年 月 日	
	医療機関等名		
	検査費用		円
	公費負担申請額		円
	公費負担決定額 (倶知安町記入欄)		円

(振込先金融機関の名称及び口座番号) 注意：申請者と口座名義人は同一であること

金融機関名	口座番号	口座名義
銀行	普通	フリガナ
本店・支店		
		宛名番号 (倶知安町記入欄)