様式第３号（第９条関係）

令和　　年　　月　　日

（あて先）笠松町長

申請者　住所
氏名
連絡先

笠松町１か月児健康診査費助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり１か月児健康診査費の助成を申請します。
なお、金額の確認のために必要な場合は、医療機関に対し検査内容等を照会することについて同意します。

<table>
<tr><td>児の氏名</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="9">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>助成申請額</td><td colspan="9">円　健診に直接要した費用。ただし、第７条第１項に掲げる額を限度とする。</td></tr>
<tr><td rowspan="5">振込先</td><td>金融機関名</td><td colspan="8">銀行　本店
金庫　支店
組合　出張所
農協</td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td></td><td colspan="3">（ふりがな）
口座名義人</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ゆうちょ銀行</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>―</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>委任状</td><td colspan="9">私は＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、上記申請に係る１か月児健康診査助成金の受領に関わる一切のことを委任します。

委任者（申請者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
</table>

（添付書類）　①　１か月児健康診査に係る領収書
②　１か月児健康診査受診票兼結果票