

江 差 町 委 託 医 療 機 関 外 等 の 母 子 健 康 診 査 費 用 助 成 申 請 書
(1ヵ月児健診・新生児聴覚検査費用)

年 月 日

江差町長 様

申請者 氏名 印

住所 江差町字

1ヵ月児健診等に係る費用について、医療機関を受診したので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

受診者	氏 名			生年月日	令和 年 月 日	
	住 所	江差町字		電話番号		
1ヵ月児健診	受診医療機関	名称			電話番号	
		住所				
	受診日等	受診月日		申請額		決定額
		年 月 日		円		円
新生児聴覚検査	受診医療機関	名称			電話番号	
		住所				
	受診日等	受診月日		申請額		決定額
		年 月 日		円		円
支払い方法	・口座振込	銀行名	銀行・信用金庫 本店・支店			
		預金項目	普通 ・ 当座		口座番号	
		口座名義	フリガナ			
	・直接払い					