

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

香美町長 様

申請者 〒 ー

住所 香美町

氏名

生年月日 年 月 日

受診者との続柄（ ）

電話 （ ）

香美町1か月児健康診査費助成申請書

香美町1か月児健康診査費助成事業による助成を受けたいので、香美町1か月児健康診査費助成事業実施要綱第5条に基づき、下記のとおり申請します。

記

ふりがな 受診者氏名		生年月日	年 月 日
受診者住所	香美町		
受診実施機関			

医療機関が健診結果を町へ報告することについて同意します。