

別記様式1(第5条関係)

先天性股関節脱臼検診費用助成申請書兼請求書

検診を受けた者	住 所	那珂川町
	(フリガナ) 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生
	電 話 番 号	
検診を受けた日	年 月 日	
医療機関及び医師		
検診に要した金額	円	
振込金融機関名	() 銀行・農協・信組	支店
(ふりがな)		
口座名義	(検診受診者にあつては保護者)	
口座種別	普通	当座
口座番号		

◎ 領収書・母子健康手帳のコピーを添付して下さい。

◎ 検診後1年以内に子育て支援課窓口まで提出してください。

上記のとおり検診を受けたので、助成金を支給されたく請求いたします。

年 月 日

那珂川町長 様

保護者名

印

(町記入)

助成決定額	円
-------	---