

様式第1号（第10条関係）

1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝倉市長

1か月児健診の受診に係る助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請（請求）します。

※太枠のなかを記入してください。

申請 (請求) 者	住 所	朝倉市	
	ふりがな		
	氏 名		1か月児（受診者） との続柄 ()
1 か 月 児 (受 診 者)	住 所	※申請者と異なる場合のみご記入ください。	
	ふりがな		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	

1 助成金の交付申請（請求）額

受診年月日	年 月 日
支払金額	円
助成金請求額	円

2 振込先

	☐ 銀 行 ☐ 農 協 ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合	☐ 本 店 ☐ 支 店 ☐ 出張所 ☐ 営業部	預金 種別	☐ 普通 ☐ 当座
フリガナ			口座 番号	
口座名義人				