

受付印

鹿沼市1か月児健康診査費用助成申請書

鹿沼市長 宛

申請年月日

年 月 日

申請者兼請求者	フリガナ		生 年 月 日
	保護者氏名		年 月 日
	住 所		
	電話番号		
	フリガナ		生 年 月 日
	児氏名		年 月 日
	実施医療機関名		
	健診実施日	年 月 日	
	交付申請（請求）金額	円	※検査に要した費用が限度額（5,000 円）を超える場合は、5,000 円とする。
振込先	金融機関名	銀行・信金 信組・農協 労金	本店 出張所 支店
	預金口座	普通	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

※振込先は、申請者兼請求者名義の口座としてください。