

## 健康診査料助成申請書

年 月 日

立科町長 様

申請者 住所 立科町大字

氏名 ㊟

乳児健康診査料の助成を受けたいので申請します。

乳 児 健 康 診 査 料 証 明		※医療機関記入欄
実 施 日	月 齢 数	診 査 料 ①
年 月 日		
上記の通り証明いたします。		
年 月 日	医療機関等の名称	
	代表者又は担当医師名	㊟

### 役場記入欄

委託単価	診査料 ①	支給決定額 基準額と①の額を比較して少ない方

上記のとおり交付決定してもよろしいでしょうか。

決 裁	課 長		係 長		係	
-----	-----	--	-----	--	---	--

