

座間味村未来の架け橋・健康維持支援事業助成金申請書

令和 年 月 日

座 間 味 村 長 殿

座間味村未来の架け橋・健康維持支援事業助成金交付要綱に基づき、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

申請者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	座間味村字	電話番号	
対象生徒氏名		対象生徒生年月日	年 月 日
対象生徒住所		通学している学校名	

申請は受診月ごとに提出をお願いします。

受診日	受診機関名	内容	支払額
1 月 日		入院・外来	円
2 月 日		入院・外来	円
3 月 日		入院・外来	円
4 月 日		入院・外来	円
5 月 日		入院・外来	円
6 月 日		入院・外来	円
申請金額合計			円

共通提出書類 ☐ 本申請書 ☐ 医療機関発行の領収書(原本)	初回申請時のみ提出書類 ☐ 保護者および対象生徒の保険確認書等(写し) ☐ 子の在学が確認できる書類(発行から3か月以内または学生証等)
--	--

※初回申請の方、または金融機関等に変更がある方のみご記入ください。

金融機関名		支店名	
口座番号		フリガナ	
		口座名義	

※役場記入欄	承認・却下	支給決定額	円
--------	-------	-------	---

申請ごとのアンケートの提出をお願いします。右記QRコードにて回答願います。

