

第1号様式（第4条関係）

中川町乳児股関節検診補助金交付申請書

令和 年 月 日

中 川 町 長 様

保護者 住 所 中川町字
氏 名

印

乳児股関節検診補助金の交付を受けたいので、領収書を添えて申請致します。

記

申請額 金 円

対 象 児 名	
生 年 月 日	令和 年 月 日

支 払 希 望	口 座 振 込 ・ 現 金	
振込先金融機関名	口 座 番 号	口 座 名 義 人
北星信用金庫 本店・() 支店	普通	
北はるか農協中川支所	普通	

* 町 記 載 欄

令和 年 月 日

上記のとおり支出してよろしいか伺います。

町 長	副町長	課 長	課長補佐 主幹	係長・主 査	担 当	合 議