

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

平成 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	平成 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
北星信用金庫中川支店	普通	
北はるか農協中川支所	普通	

* 町記載欄

平成 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	室長	主査	担当	合議