

見 本

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

加須市長 様

住 所 加須市三俣2-1-1

申請・請求者 氏名 加須 花子 (印)

電話番号 0480-62-1111 (携帯可)

1か月児健康診査を受診しましたので、加須市1か月児健康診査費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。また、助成金の交付が決定された際は、次の口座に振り込むよう請求します。

なお、本申請に基づく事務に当たり、市が住民基本台帳等の確認及び受診医療機関等に受診状況等の確認をすることに同意します。

また、偽りその他不正の手段により助成を受けた場合は、助成金を返還します。

受診児童	フリガナ 氏 名	カズ タロウ 加須 太郎
	生年月日	令和7年 10月 10日
	住 所	加須市三俣2-1-1
受 診 日		令和7年 11月 11日
受 診 医 療 機 関 名		加須産婦人科医院
自 己 負 担 額	(記載しないでください)	円 (A)
上 限 額	令和7年3月31日までの受診 4,000円 令和7年4月1日以降の受診 6,000円	(B)
交 付 申 請 額	(記載しないでください)	円 (A又はBのいずれか少ない額)

振込先口座

金融機関名	〇〇〇 銀行 ・ 信用金庫 (金融機関コード: ××××	支店名	△△△ 支店 (支店コード: □□□)
預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号	● ● ● ● ● ● ●
フリガナ 口座名義人	カズ ハナコ 加須 花子		

添付書類

- 健診に要した金額の分かる領収書
- 健診の受診日及びその結果が記載された母子健康手帳の写し
- 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）の写し
- 振込先口座（申請者本人の口座に限る。）を確認できる書類の写し