

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

申請・請求者 氏名 ㊟

電話番号

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	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	
受 診 日		年 月 日
受 診 医 療 機 関 名		
自 己 負 担 額		円 (A)
上 限 額		4, 0 0 0 円 (B)
交 付 申 請 額		円 (A 又は B のいずれか少ない額)

振込先口座

金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 ()		支店名	支店 ()				
預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号						
フリガナ 口座名義人								

添付書類

- 1 健診に要した金額の分かる領収書
- 2 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
- 3 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）の写し
- 4 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