

記載例

押印・訂正印は不要です。

藤沢市1か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

2020年 〇月 〇日

藤沢市長

藤沢市1か月児健康診査助成金交付要綱第4条の規定により、1か月児健康診査費用の助成を次のとおり申請・請求します。

交付が決定した助成金は、私が指定する次の口座に振り込んでください。

口座名義人が申請者（請求者）と異なるときは、口座名義人に助成金の受領を委任します。

なお、助成金の交付に関して必要な情報について、市長が調査、取得、利用することについて同意します。

申請者 (請求者) ※保護者	フリガナ	フジサワ ハナコ	
	氏名	藤沢 花子	
	住所	〒 251-8601 藤沢市朝日町1-1	
	電話番号	090 (■■●●) ▲▲△△	
健診を 受けた児	フリガナ	フジサワ ジロウ	
	氏名	藤沢 次郎	
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	生年月日	20〇〇年 △△月 <input type="checkbox"/> 日 その他の場合は、( )内に理由を記入してください。	
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り出産等で、指定の実施機関で <input type="checkbox"/> 健診費用が費用補助券の金額に満たなかったため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
健診実施日	20〇〇年 △△月 □□日		

現住所については、申請時の住民票の住所を記入してください（市外でも可）。

その他の場合は、( )内に理由を記入してください。

※生後27日をこえて、生後41日までに実施した健診が対象です。

支払額 (健診費用)	5,000	円	申請額	4,000	円
---------------	-------	---	-----	-------	---

申請額の上限：4,000円

※上限を超える金額は申請できません

【助成金振込先口座】

金融機関	藤沢 銀行		藤沢 本店		口座名義人と請求者が異なる場合 請求者からみた続柄							
	信用金庫		支店		夫							
種別	普通	カタカナで記載してください	( )		夫	1	2	3	4	5	6	7
	当座		【店番号 123】									
	口座名義		フジサワ タロウ									
			夫の口座も可									

【市役所事務処理欄】

提出書類  領収書の写し  1か月児健康診査費用補助券（未使用のもの）  
 母子健康手帳の写し（乳児「1か月児健康診査」のページ）

申請受理年月日	(交付・不交付)決定年月日(請求日)	交付決定額 (請求額)
		<input type="checkbox"/> 申請金額のとおり <input type="checkbox"/> 円
備考		
課名	管理番号	