

藤沢市1か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

年 月 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	
	氏名	
	住所	〒
	電話番号	()
健診を 受けた児	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	生年月日	年 月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産等で、指定の実施機関で受診することが困難だったため <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	年 月 日	

※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)	円	申請額	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	銀行 信用金庫 農業協同組合 ()		本店 支店 ()	口座名義人と請求者が異なる場合 請求者からみた続柄
	()		【店番号】	
種別	普通	<input type="checkbox"/> カタカナで記載してください	<input type="checkbox"/> 口座番号	
	当座			

【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