

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 0月 0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		健診を受けた児から見た続柄
	氏名	藤沢 花子		父・母・()
	住所	〒251-8601 藤沢市朝日町1-1		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)。
	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 checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	生年月日	年 月	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	2020年 0月 0日	受診医療機関等	〇〇病院	

※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								
種別	普通		()		夫						
	当座	フリガナ	フジサワ タロウ	【店番号 123】	口座名義人と請求者が異なる場合は、続柄を記入						
	座名義	藤沢 太郎		夫の口座も可	1	2	3	4	5	6	7

【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)
		1か月児健康診査費用補助券は 3枚1組すべて必要です。
備考		
課名	管理番号	