



松伏町長 あて

1か月児健康診査を受診しましたので、関係書類を添えて下記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、以下の口座に振り込むよう請求します。

なお、申請にあたり、町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。

| | | | | | | |
|-----|----------------|-------------------|---|---|------|-------|
| | 申請日 | 年 | 月 | 日 | | |
| 申請者 | フリガナ | | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| | フリガナ | | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 健診を受けた者の氏名 | | | | | |
| | 受診医療機関名 | | | | 受診日 | 年 月 日 |
| | 医療機関への支払額 | 円 (A) | | | | |
| | 上限額 | 6,000円 (B) | | | | |
| | 交付申請額 (請求額) | 円 (A又はBのいずれか少ない額) | | | | |

【口座記入欄】

| | | | | | | | | | |
|-------|----------|------|--|--|-------|--|--|--|--|
| 金融機関名 | | | | | 本・支店名 | | | | |
| 預金種目 | 普通 当座 | 口座番号 | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | |

添付書類（添付を確認したら□に✓してください。）

| | |
|--------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 母子健康手帳（1か月児健康診査欄）のコピー |
| <input type="checkbox"/> | 医療機関発行の領収書の原本 ※診察日と健診日が一致している必要があります。 |
| <input type="checkbox"/> | 医療機関発行の診療明細書の原本 ※診察日と健診日が一致している必要があります。 |
| <input type="checkbox"/> | 振込先口座を確認できる書類（通帳やキャッシュカード等）のコピー |

※その他書類審査のため、町長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。