

行田市 1 か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

行田市長

行田市 1 か月児健康診査費助成金の交付を受けたいので、行田市 1 か月児健康診査助成要綱第 5 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、当該申請の審査に当たって行う確認事項（住民基本台帳の閲覧、医療機関への照会等）に係る調査について同意します。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。

ふりがな		生年月日	年 月 日
乳児氏名			
乳児の保護者 住所（申請者）	〒 ー 行田市 電話番号：		
ふりがな		乳児との関係 （続柄）	父 ・ 母 ・ ()
乳児の保護者 氏名（申請者）			
受診医療機関	医療機関名： 電話番号：	受診日	年 月 日
申請額及び 請求額	円（上限 6,000 円）		
添付書類 （□に✓を付けてく ださい。）	☐ 医療機関が発行した 1 か月児健康診査に要した費用の領収書等 ☐ 受診日及びその結果が記載された母子健康手帳の写し（医療機関記載） ①早期新生児期【生後 1 週間以内】の経過（ビタミン K2 シロップ投与） ②先天性代謝異常検査、新生児聴覚検査の記録 ③ 1 か月児健康診査 ☐ 助成金の振込希望先の口座名義及び口座番号が分かるものの写し ☐ その他（ ） ※申請の際は、領収書及び母子健康手帳の原本を持参してください。		
受診日以降の 転出	無 ・ 有	申請日現在 の住所	受診日以降の転出が有の方のみ 〒
申請日： 年 月 日			
申請者（請求者）氏名_____			

助成金は、次の口座に振り込んでください。（申請者本人の口座に限る。）

口座 振込 記入 欄	金 融 機 関 名		本 ・ 支 店 名		種 別	
					普 通 ・ 当 座	
	金融機関コード		店舗コード		口 座 番 号	
	フリカナ				検 収	
	口座名義				債権者コード	
				年 月 日 印		

要件確認	☐ 受診日の住所地	☐ 他自治体からの助成なし	☐ 受診日から 6 月以内の申請
------	----------------------------------	--------------------------------------	---