第２号様式（第１０条関係）

鎌ケ谷市１か月児健康診査費用助成金申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

鎌ケ谷市長　様

鎌ケ谷市１か月児健康診査事業実施要綱第１０条第２項の規定により下記のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申　　請　　者 | フリガナ |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者 | フ　リ　ガ　ナ |  |
| 氏　　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 現　住　所 | 〒 |
| ※すでに転出している方のみ鎌ケ谷市在住時の住所 | 　鎌ケ谷市 |
| 生　年　月　日 | 　　　年　　月　　日 | 母子健康手帳番号 |  |
| 電　話　番　号 | 　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健診機関名 | 所在地 | 電話番号 |
|  |  |  |

※委託健診（医療）機関以外の健診（医療）機関に限る

１か月児健康診査実施状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象となる健診受診年月日 | 自己負担額 | 決定助成金額 |
| １か月年　　月　　日 | 円 | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行 |
| 口座番号 | 普通 |
|  |  |

鎌ケ谷市１か月児健康診査費用助成金申請において、自己負担額に訂正があった際には、金額の訂正を市に一任します。又、申請者と振込先口座名義人が異なる場合、振込先口座への振込を了承します。

　申請者名

添付書類

　１　１か月児健康診査受診票

　２　健診機関の発行する領収書

　３　通帳等口座番号が確認できるもの（写）

　４　申請者の本人確認書