

記載例

様式第3号（第9条関係）

令和〇年 〇月 〇日

小山市1か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

小山市長 様

(申請者) 住 所 小山市中央町〇-〇-〇
氏 名 小山 花子
連絡先 000-0000-0000

小山市1か月児健康診査助成金交付要綱第9条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり1か月児健康診査助成金の交付を申請します。なお、助成金の交付を受けるに当たり、小山市長が住民基本台帳の調査を行うことに同意します。

記

児の氏名	小山 花美	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日	令和〇年 〇月 〇日
実施医療機関	名称	医療法人 〇〇〇〇会 ΔΔΔΔΔクリニック			
	住所	小山市中央町ΔΔ-ΔΔ-ΔΔ			
交付申請額	5,000 円				
	※ 申請額は、検査に要した費用が限度額（5,000円）を超える場合は、5,000円とする。				
振込先	金融機関名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	銀行：信金 信組：農協 労金	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	本店 出張所 支店
	預金口座	普通 <input checked="" type="checkbox"/>	当座	口座番号	0000000
	口座名義人	フリガナ オヤマ ハナコ 小山 花子			

添付書類：1か月児健診に係る医療機関の領収書、受診票及び親子健康手帳（母子健康手帳）の写し

*** ご確認ください ***

本書記載例を参考に、申請書兼請求書を記入ください。その他の注意点は下記の通りです。

【申請日】…… 日付は、郵送の場合は投函日、窓口申請の場合は提出日を記入ください。

【振込先】…… 原則、申請者ご本人様名義の口座情報を記入ください。配偶者など同世帯の方名義の口座でも可能です。

★市外へ移動される方は申請者ご本人名義の口座とさせていただきます。

★振込前に口座名義を変更されると入金できませんのでご注意ください。

【口座番号】… 口座番号は7桁の数字を記入ください。

★ゆうちょ銀行の場合、下1桁を省いた7桁の数字を記入ください。