

## 記入例

松伏町1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

受付印

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

申請日	令和〇年 〇月 〇日	健診を受診した乳児の保護者名（※健診受診日に松伏町に住民登録がある方）を記入してください。	
フリガナ	マツフシ ハナコ	生年月日	平成〇年 〇月 〇日
氏名	松伏 花子		
住所	〒 343-0111 松伏 428 番地		
電話番号	048-992-3170		
フリガナ	マツフシ タロウ	生年月日	令和〇年 〇月 〇日
健診を受けた者の氏名	松伏 太郎		
受診医療機関名	松伏産院	受診日	令和〇年 〇月 〇日
医療機関への支払額	10,000 円 (A)		
上限額	6,000 円 (B)		
交付申請額（請求額）	未記入で可。 円 (A又はBのいずれか少ない額)		

## 【口座記入欄】

金融機関名	松伏銀行				本・支店名				松伏		
預金種目	普通当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7		
フリガナ	マツフシ ハナコ										
口座名義人	松伏 花子										

添付書類（添付を確認したら□に✓してください。）

<input checked="" type="checkbox"/>	母子健康手帳（1か月児健康診査欄）のコピー
<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。