**大田区1か月児健康診査受診費用助成申請書**

**（宛先）大田区長**

　年　　月　　日

関係書類を添えて、下記のとおり大田区１か月児健康診査受診費用の助成を申請します。なお、申請するに当たり、住所等の確認のために私の住民登録の閲覧や、必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細を閲覧することについて、同意します。

また、助成金は下記口座に振り込んでください。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児 | | フリガナ | |  | | 生年月日 | | | | 年　　　 月　　　 日  （　　　か月） | | | | | | | |
| **※**氏 名 | |  | |
| 対象児の養育者 (申請者) | | **※**氏 名 | |  | | 対象児との  関係（続柄） | | | | | | | 父・母・（　　　　） | | | | |
| 住所 | | 〒　　　　－　　　　　　　　電話番号　　　（　　　　　）  大田区 | | | | | | | | | | | | | |
| １か月児健診  受診状況 | | 医療機関名 | | | | | | | 健診実施日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | |
| 添付書類  （□に✔をつける） | | □母子健康手帳(写)･･･１か月児健康診査の該当頁  　□領収書(写)及び明細書(写)･･･１か月児健康診査の受診を確認できるもの | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払金額　①（領収書記載金額） | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | |
| **※**助成申請金額　②  （①と4,000円を比較して低いほうの金額） | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 振込口座 | 金融機関 | 銀　　行  　　　　　　　信用金庫  　　　　　　　信用組合 | | | 支店  出張所 | | | 金融機関コード | | | | | |  |  |  |  |
| 店番号 | | | | | |  |  |  |  |
| 預金種目  （○で囲む。） | 普通 ・ 当座 | | | **※**口座番号 | |  | | | | |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義（カナ） | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **※**口座名義 | |  | | | | | | | | | | | | | | |

**●消せるボールペンは使用しないでください。**

**●申請書内の※部分は訂正できません。**

**●対象児の養育者（申請者）は口座名義人と同一にしてください。**

**●添付書類は返却しませんので、ご注意ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 健康づくり課処理欄 | 助成決定額　　　　　　　　　　円（　　　　　年　　　月　　　日　決定） |