

# 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

令和8年4月20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。

申請日現在の月齢を記入してください。受診日の1年後の前日まで申請してください。

記

対象児	フリガナ	オオタ タロウ		生年 月日	令和8年 1 月 10 日 ( 3 か月)				
	※氏名	大田 太郎							
対象児の養育者 (申請者)	※氏名	大田 花子		対象児との 関係(続柄)	父・母・( )				
	住所	〒 144 - 0000 大田区 蒲田 1-1-X			電話番号 090 (0000) 0000				
1か月児健診 受診状況	医療機関名		健診実施日						
	●●病院		令和8年2月10日						
添付書類 (口に✓をつける)	<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳(写)		①支払金額が助成上限額以下の場合には、 ①支払金額が②申請金額になります。 助成上限額は、6,000円です。						
	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書		確認できるもの						
支払金額 ① (領収書記載金額)				4,500 円					
※助成申請金額 ② (①と助成上限額を比較して低いほうの金額)				4,500 円					
振込 口座	金融機関	おおた	銀行 信用金庫 信用組合	蒲田支店 出張所	金融機関コード	0	0	0	0
	預金種目 (○で囲む。)	普通	当座	※口座番号	店番号	9	9	9	
	口座名義(カナ)	オオタ ハナコ							
	※口座名義	大田 花子							

- 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)
-----------	-------	---------------