**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と助成上限額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） |