

第2号様式(第5条関係)

草加市長宛て

草加市1か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

草加市1か月児健康診査助成金交付要綱第11条の規定に基づき、同意事項に同意の上、次のとおり申請及び請求します。

1 申請者及び請求者

申請日： 年 月 日

申請者氏名	ふりがな	日中の連絡先			
		電話・FAX番号 メールアドレス			
乳児氏名	ふりがな	生年月日	年	月	日
申請者の 現住所	〒				
受診時の住所 (※草加市から転出した方のみ記入)	〒				
1か月児健康診査 を受診した医療 機関等	医療機関名			健診実施日	
				年 月 日	

2 請求金額

①支払額(実費)	円	②助成限度額	6,000	請求額 ①・②のうち少ない 方の額	円
----------	---	--------	-------	-------------------------	---

※対象費用以外の費用が含まれていた場合、実際の支払額が請求額と異なる場合があります。

3 振込先口座

金融機関名称	☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 本店								
	☐ 信用組合 ☐ 農協 ☐ 支店								
	☐ ゆうちょ銀行		店番						
預金の種類	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号							
フリガナ									
口座名義人名									

※申請者兼請求者と口座名義人が異なる場合は、次の委任欄に記入してください。

私は、上記口座名義人	に、1か月児健康診査助成金受け取りを委任します。
年 月 日	申請者(請求者)氏名

【同意事項】

(1) 草加市1か月児健康診査助成金の交付に係る審査のため、市が住民基本台帳を閲覧すること及び審査に必要な内容を医療機関等へ確認することに同意します。

(2) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を効果的に実施するため、1か月児健康診査票、健康診査の結果等の情報について、医療機関等、保健センターなどの関係機関と必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

(3) 助成金の支給後、本申請の記載事項について虚偽があることが判明した場合や他の市区町村で助成を受けていた場合など、不正受給が発覚した場合には助成金を返還します。

年 月 日 申請者氏名