

# 記入見本

第2号様式(第5条関係)

草加市長

宛て

※修正液・修正テープは無効です。

訂正する場合は、訂正箇所を二重線で取り消して正しい内容を記入の上、訂正印を押してください。

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。

請求額は訂正できません。書き損じた場合は草加市ホームページより申請書をダウンロードして書き直してください。

## 1 申請者及び請求者

申請日: 20××年○月△日

申請者氏名	ふりがな	そうか はなこ	日中の連絡先			
		草加 花子	電話	FAX番号	080-××××-0000	
乳児氏名	ふりがな	そうか たろう	メールアドレス	abcd@××××.jp		
		草加 太郎	生年月日	20××年○月○日		
申請者の現住所	〒340-×××× 草加市松原△-△-△					
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		
	〇〇病院			20××年○月×日		

## 2 請求金額

①支払額(実費)	5,000	円	②助成限度額	6,000	円	請求額 ①・②のうち少ない方の額	5,000	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。

ゆうちょ銀行の場合は、必ず店番を記入してください。

## 3 振込先口座

金融機関名称	〇〇△△	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫	●●××				<input type="checkbox"/> 本店		
		<input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協					<input checked="" type="checkbox"/> 支店		
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行		店番						
預金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	ソウカ ハナコ								
口座名義人名	草加 花子								

※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】

- 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。
- 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。
- 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。

20××年○月△日 申請者氏名 草加 花子

同意のうえ、ご記入をお願いします。