

(あて先) 浜松市長

関係書類を添えて、次のとおり1か月児健康診査費用の助成を申請します。助成金は、次の口座に振り込んでください。

また、浜松市が必要に応じ、この申請内容について医療機関等に照会することに同意します。

押印してください

1. 申請者情報 (太枠内をご記入ください。)

※振込先の口座名義人と申請者の名前は必ず一致させてください。

申請者 (保護者)	フリガナ	ハマツ ハナコ		捨印	(市受付印)	
	氏名	浜松 花子				
	住所	〒 430-8652 浜松市中央区元城町103番地の2				
受診者 (お子さん)	フリガナ	ハマツ 太郎		生年月日	令和●年●●月●●日	
	氏名	浜松 太郎				
振込先	金融機関名	浜松 銀行・信金・農協 信組・労金		浜松 本店・営業部 支店 出張所		
	金融機関コード	● ● ● ●	支店コード	● ● ● ●		
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号 (右詰記入)	● ● ● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ● ● ●	
	フリガナ	ハママツ ハナコ				
	口座名義人 (申請者名義)	浜松 花子				

2. 添付書類の確認

添付したらし点を入れてください

添付書類 (添付したものにチェック☑してください。)

- 健康診査受診時の領収書及び診療明細書 ※原本 (後日郵送にて返却します。) もしくは受付印押印後の領収書等コピー
- 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカード、インターネットバンキングの画面の写し (口座番号等確認用)
- 1か月児健康診査受診票
- 親子健康手帳 (母子健康手帳) 「子の保護者」・「出産届出済証明」欄の写し
- 親子健康手帳 (母子健康手帳) 「出産後の母体の経過」欄の写し
- 1か月児健康診査アンケート

3. 1か月児健康診査の費用の内訳 (太枠内をご記入ください。)

受診年月日	自己負担額 (医療保険外)	助成対象額	助成限度額	助成金額
令和6年4月1日	6,000 円	A	B	AとBを比較して少ない方の金額
		市記入欄 (記入不要)		
		承認	不承認	助成金額総計 円