

年 月 日

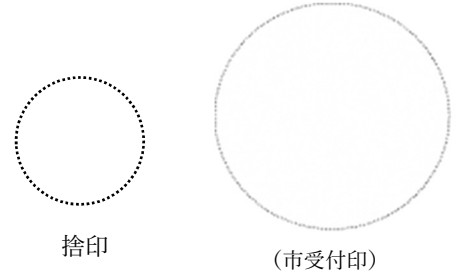
(あて先) 浜 松 市 長

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。

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							
	氏名	①						
	住所	〒 _____ 日中連絡のつく電話番号 (_____)						
	書類発送先 <small>(上記住所と異なる場合)</small>	〒 _____						
受診者 (お子さん)	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏名							
振込先	金融機関名	銀行・信金・農協 信組・労金				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							
	口座名義人 (申請者名義)							

2. 添付書類の確認

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) 「1か月児健康診査」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
年 月 日	円	A	B	AとBを比較して少ない方の金額

承認 ・ 不承認 助成金額総計 _____ 円