別記様式（第６条関係）

美濃加茂市１か月母子健康診査費用助成金交付申請書

　　　　令和　　年　　　月　　　日

　美濃加茂市長　伊藤　誠一　宛

　　　　　　　　　　　　申請者　住　所　美濃加茂市

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

美濃加茂市１か月母子健康診査費用助成事業実施要綱第６条の規定により助成金の交付を申請します。

なお、助成を受けるにあたり必要があるときには、税情報等の公簿等の確認や医療機関に確認を行うことに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申　　請　　額 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| 対象者 | （１）産婦氏名 |
| （２）対象児氏名 |
| （３）出産日（対象児生年月日）　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 健診内容 | 健康診査名 | 医療機関名 | 健康診査受診日 | 健康診査支払額（保険適用外分） |
| １か月児健康診査 |  | 　　　　年　月　日 | 　　　　　　円 |
| 産婦１か月健康診査 |  | 　　　　年　月　日 | 　　　　　　円 |
| 添付書類 | □ 母子健康手帳（１か月母子健康診査の結果が記載されたもの）□ １か月母子健康診査に係る領収書の原本 |
| 振込先 | 金融機関名支店名 | 銀行金庫　組合金融機関コード（　　　　　　） | 本　店　支　店　支店番号（　　　　　　） |
| 預金種別 | 普通 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人（申請者） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請要件確認事項 | 1. 受診した乳児及びその保護者の住民登録が、本助成金交付申請日において美濃加茂市にある
 | ある　・　なし |
| 1. 受診日の翌日から起算して６箇月以内の申請である
 | はい　・　いいえ |
| 1. 他市町村で１か月健診に係る助成を受けていない
 | はい　・　いいえ |
| ４．市収納金納付状況において未納の有無 | ある　・　なし |

※□印欄は、該当するものにレ印をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受理年月日 | 令和　　年　　　月　　　日　 | 受理者名 |  |

【市記入欄】