

美濃加茂市1か月母子健康診査費用助成金交付申請書

令和〇年△月□日

美濃加茂市長 伊藤 誠一 宛

申請者 住所 美濃加茂市太田町3431-1

氏名 美濃加茂 太郎

印

対象者との続柄 父

携帯電話もOKです

電話番号 0574-25-2111

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		5,000円		領収書等で確認し対象額を記入 ※上限5,000円	
対象者	(1) 産婦氏名	美濃加茂 花子		(同一出産で2人以上出生の場合は、2人目以降2,500円を加算)	
	(2) 対象児氏名	美濃加茂 一郎		※誕生したお子さんの氏名	
	(3) 出産日(対象児生年月日)	令和〇年△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	〇△×病院	令和〇年〇月△日	〇,〇〇〇円	
	産婦1か月健康診査	〇△×病院	令和〇年〇月△日	△,△△△円	
添付書類		<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 1か月母子健康診査に係る領収書の原本			
金融機関名 支店名		めぐみの農業協同		銀行 金庫 組合	本店 支店
預金種別		普通	口座番号	1234567	
フリガナ		みのかも たろう		※7ケタで記入	
口座名義人(申請者)		美濃加茂 太郎		申請者の口座名義	

※□印欄は、該当するものにレ印をつけてください。

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
	2. 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
	3. 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

【市記入欄】

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

各項目、どちらかを○で囲む