別記第３号様式(第９条関係)

東神楽町１か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請日 | 年　　月　　日 |

　東神楽町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求者 | 住所 | 東神楽町 |
| フリガナ |  |
| 申請者氏名 |  |
| 電話番号 |  |

下記のとおり、関係書類を添えて１か月児健康診査助成金の交付申請及び請求をします。なお、この申請に関連し住所、振込口座情報等を調査することを承諾します。

1　１か月健康診査の内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 生年月日 | 受診医療機関 | 受診日 | 利用金額 |
|  | 年　月　日 |  | 年　月　日 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 2　請求額 | 円 |

　　　※対象となるお子さん一人につき上限4,000円助成

＜申請に必要なもの＞

（1）医療機関により記載を受けた受診票

（2）健診費用の領収書および診療報酬明細書

（3）母子健康手帳

（4）本人確認書類(マイナンバー、運転免許証等)

（5）印鑑

3　振込先　　　※児童手当と同様の振込先を希望し、その口座情報の調査を承諾する場合

　　　　　　　　チェックを入れてください。→　□

（他の振込先を指定したい場合、下の欄にご記入ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関・支店名 | 銀行  農協  信金・信組 | 本店  支店 |  |
| 口座 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 名義人 | フリガナ | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| ※町記入欄 | |
| 確認者名 |  |
| 確認書類 | □運転免許証  □マイナンバーカード  □その他  （　　　　　　　　） |