

第1号様式(第5条関係)

世田谷区1か月児健康診査費用助成金申請書兼口座振替依頼書

世田谷区長 あて

世田谷区1か月児健康診査費用助成金(以下「助成金」という。)について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。
 なお、申請にあたり、区が住民基本台帳を閲覧すること及び審査に必要な内容を医療機関等へ確認することに同意します。

		申請日		年	月	日
申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	申請者 (訂正不可)					
	現住所	〒 世田谷区		※転出された方は世田谷区での住所を記入		
	転出先	〒		※世田谷区より転出している場合のみ記入		
	決定通知書 送付先住所	〒		※原則上記住所に送付。長期間不在にするなど、特別な事情がある場合のみ記入 (様方)		
電話番号	—	—	健診を受けた者 との関係			
フリガナ			生年月日	年 月 日		
健診を受けた者の 氏名						
申請金額(請求額)		金		円		※助成金額は区が決定します

審査の結果、助成金の支給を決定した場合は、私が指定する下記の口座に振り込んでください。
 口座名義人が私以外の場合は、助成金を受領する権限を口座名義人に委任します。

金融機関 名及び支 店名	銀行・信用金庫・信用組合 ・労働金庫・農協	本店・支店・出張所		預金種別				普通			
				口座 番号							
コード				コード							
フリガナ ※必ず記入	口座名義を旧姓使用している場合はチェック☑してください→										
口座名義人											
申請者と口座名義人が異なる場合、口座名義人の住所				申請者と同住所・別住所[]							

請求に必要な書類(添付を確認したら□に✓してください。)

<input type="checkbox"/>	母子健康手帳(親子健康手帳)の コピー	「1か月児健康診査」欄のコピー (R5年度に発行された母子健康手帳(親子健康手帳)の場合はP20~21の表)
<input type="checkbox"/>	医療機関発行の 領収書のコピー	医療機関が発行した領収書のコピー(返却しません) ※領収書の診察日と健診日が一致していることが必要です。
<input type="checkbox"/>	医療機関発行の 診療費明細書のコピー	上記領収書と一緒に医療機関が発行した明細書のコピー(返却しません)

※その他書類審査の結果、区長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

【区処理欄】

住定日 年 月 日～ 年 月 日

支給決定額					円
-------	--	--	--	--	---