

# 大田区1か月児健康診査受診費用助成申請書

（宛先）大田区長

令和7年6月20日

関係書類を添えて、下記のとおり大田区1か月児健康診査受診費用の助成を申請します。なお、申請するに当たり、住所等の確認のために私の住民登録の閲覧や、必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細を閲覧することについて、同意します。  
また、助成金は下記口座に振り込んでください。

申請日現在の月齢を記入してください。1歳になる月の末日までに申請してください。

記

対象児	フリガナ	オオタ タロウ		生年 月日	令和7年 4 月 10 日 ( 2 か月)						
	※氏名	大田 太郎									
対象児の養育者 (申請者)	※氏名	大田 花子		対象児との 関係(続柄)	父・母・( )						
	住所	〒 144 - 0000 大田区 蒲田 1-1-X			電話番号 090 (0000) 0000						
1か月児健診 受診状況	医療機関名			健診実施日							
	●●病院			令和7年5月10日							
添付書類 (口に✓をつける)	<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳(写) <input checked="" type="checkbox"/> 領収書( )										
	①支払金額が助成上限額以下の場合には、 ①支払金額が②申請金額になります。 助成上限額は R7. 3. 31 以前出生→4,000 円 R7. 4. 1 以降出生→6,000 円です。										
支払金額 ①				4,500 円							
※助成申請金額 ② (①と助成上限額を比較して低いほうの金額)				4,500 円							
振込 口座	金融機関	おおた	銀行 信用金庫 信用組合	蒲田支店 出張所	金融機関コード 0 0 0 0						
	預金種目 (○で囲む。)	普通	当座	※口座番号	9	8	7	6	5	4	3
	口座名義(カナ)	オオタ ハナコ									
	※口座名義	大田 花子									

両方とも  
必要です。

①支払金額が助成上限額以下の場合には、  
①支払金額が②申請金額になります。  
助成上限額は R7. 3. 31 以前出生→4,000 円  
R7. 4. 1 以降出生→6,000 円です。

口座名義人は、申請者(対象児の養育者)と同一人にしてください。

- 消せるボールペンは使用しないでください。
- 申請書内の※部分は訂正できません。
- 対象児の養育者(申請者)は口座名義人と同一にしてください。
- 添付書類は返却しませんので、ご注意ください。

健康づくり課処理欄	助成決定額	円 ( 年 月 日 決定)
-----------	-------	---------------