

## 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

年 月 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。

### 記

対象児	フリガナ		生年 月日	年 月 日 ( か月)				
	※氏名							
対象児の養育者 (申請者)	※氏名		対象児との 関係(続柄)	父・母・( )				
	住所	〒 大田区	電話番号	( )				
1か月児健診 受診状況	医療機関名			健診実施日				
				年 月 日				
添付書類 (□に✓をつける)	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳(写)・・・1か月児健康診査の該当頁 <input type="checkbox"/> 領収書(写)及び明細書(写)・・・1か月児健康診査の受診を確認できるもの							
支払金額 ① (領収書記載金額)				円				
※助成申請金額 ② (①と4,000円を比較して低いほうの金額)				円				
振込 口座	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	支店 出張所	金融機関コード				
	預金種目 (○で囲む。)	普通・当座	※口座番号	店番号				
	口座名義(カナ)							
	※口座名義							

- 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)
-----------	---------------------