1か月児健康診査費用助成申請書

記入見本

横須賀市長あて

関係書類を添えて、1か月児健康診査費用の助成を申請します。横須賀市がこの申請に必要な[illegible]ついて調査すること、医療機関等に1か月児健康診査について照会することに同意します。

窓口に来庁した日を記入

【申請日】令和 6 年 4 月 10 日

申請者記入欄

住 所 〒 238 － 0046 横須賀市

西逸見町1-38-○ ○○マンション111

※ 申請日に住所が市外の方は下記に検査日の時の住所を記載してください

フリガナ マルマル マルコ

申請者氏名
（自署） ○ ○ ○ 子

※左記（申請者名）を自署していないときは、氏名の右側に押印してく

保護者（父・母）の氏名を記入
自署していれば印鑑は

電話番号（日中連絡の取れるところ）

090 － 1111 － 2222

申請額 4，000円

上記金額以下の場合 （ 3，500 円）

合計額がわからないときは記入不要

フリガナ マルマル マルミ

受診者の氏名（お子様の名前） ※お子様が、多胎児等のときは全員記載してください。

○ ○ ○ 美

受診者の生年月日（お子様の名前） 令和 6 年 5 月 10 日

振込先

金融機関名	9900 ゆううちょ	銀行 / 信用金庫	支店名	028 ○二八 本店 / 支店
預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他		口座番号	1111111
フリガナ	マルマル マルオ		※この助成金について、左記名義[illegible]振込みを希望します。	
口座名義人	○ ○ ○ 男		申請者（自署） ○ ○ ○ 子	

申請者以外の口座に振込希望の時に署名が必要

↑ 申請者名義を記載してください。

※の欄は記入しないでください。

申請内容

母子手帳に記載があるとき ○印 ↓	受診年月日	申請額（円） ※上限金額は、4,000円	※決定額（円）	備考
	・ ・			

記入不要で

〈事務処理欄〉
別冊番号 －
別冊交付日 ・ ・
市民になった日 申請者 ・ ・
子 ・ ・

〈書類確認欄〉
☐ 母子健康手帳 ☐ 補助券
☐ 領収書 ☐ 明細書
☐ 振込口座確認書類（通帳等）

〈センター名〉
北・南・西・支援

〈受付者名〉
△ △

〈受付印〉
受付印を押してください

〈健康管理支援課への伝達事項〉

窓口で受付した方が、チェックしてください
右側も記入してください