1か月児健康診査費用助成申請書

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情報に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。

【申請日】令和　　年　　月　　日

申請者記入欄

住所　〒　　－　　横須賀市	※ 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 **申請者氏名** **（自署）**	※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ださい。
電話番号（日中連絡の取れるところ） －　　－	**申請額**　4，000円 上記金額以下の場合　（　　円）
フリガナ **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。	
受診者の生年月日 **（お子様の名前）**　年　月　日	

振込先

金融機関名	銀行 信用金庫	支店名	本店 支店
預金種別	普通・当座・その他	口座番号	
フリガナ		※この助成金について、左記名義人の上記口座への振込みを希望します。	
口座名義人		申請者（自署）	

↑ 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
	・　・			

〈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〉
〈健康管理支援課への伝達事項〉		