第1号様式（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　箱根町長　様

申請者氏名

※代理人の場合（乳児との続柄：　　）

住所

電話番号

箱根町1か月児健康診査費用助成金交付申請書

　箱根町1か月児健康診査費用助成事業実施要綱第5条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請をします。

　この助成金交付要件確認等のため、町の職員が1か月児健康診査の内容を医療機関等に照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 |  |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号：箱根町　　　　　　　　　　　　　 |
| 母子健康手帳番号 |  | 出産日 | 　　　年　　月　　日 |
| 実施機関 | 施設名称 |  |
| 所在地 | 　　　　　　都 道 府 県　　　　　　　市 区 町 村 |

助成申請を行う健康診査の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診した健康診査 | 受診日 | 自己負担した額 |
| 1か月児健康診査 | 年　　月　　日 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　　銀行・農協　　　　　　　　　　　　　　　　　　信用金庫・信用組合 | 　　　　　　本店支店・出張所 |
| 預金の種類 | 普通　・　当座 | ふりがな口座名義 |  |
| 口座番号 |  |

＜添付書類＞

・医療機関又は助産所が発行した健康診査の領収書

・健康診査の結果を確認することができる書類（母子健康手帳の写し等）

・助成金を受け取る金融機関の口座を確認することができる書類