

様式第1号（第10条関係）

年 月 日

（宛先）春日市長

申請者 住所
 （保護者）氏名
 電話番号（ ） ー

春日市乳幼児健康診査助成金交付申請書兼請求書

春日市乳幼児健康診査助成金の交付を受けたいので、春日市乳幼児健康診査実施要綱第10条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

1 健診対象者（受診者）

氏名		生年月日	年 月 日
----	--	------	-------

2 助成金交付申請額

※太枠は市で記入します。

対象の健診	領収書日付	健診費用	助成対象費用	上限額	申請額
<input type="checkbox"/> 4か月児健診	年 月 日	円	円	円	円
<input type="checkbox"/> 10か月児健診	年 月 日	円	円	円	円
<input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診	年 月 日	円	円	円	円
<input type="checkbox"/> 1歳6か月歯科健診	年 月 日	円	円	円	円
<input type="checkbox"/> 3歳児健診	年 月 日	円	円	円	円
<input type="checkbox"/> 3歳児歯科健診	年 月 日	円	円	円	円
合 計					円

3 助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関コード		店番		本店 支店 所
銀行				
種目（番号を○で囲んでください。）		口座番号（右詰めで記入してください。）		
普通 当座 その他（ ）				
口座名義人	(フリガナ)			

4 添付書類

- (1) 自己負担した健診料に係る領収書又はその写し
 - (2) 受診した乳幼児健診の検査項目を証する書類（母子健康手帳の記載内容又は(1)に規定する書類では当該項目を明らかにすることができない場合に限る。）
- ※ 郵便等の方法により申請を行うときは、医療機関等の記載を受けた母子健康手帳の写し（この申請に係る乳幼児健診に関する部分）を併せて添付すること。