

鎌倉市1か月児健康診査費補助金申請書

太枠内を記入してください

市
使用欄

(宛先)

年 月 日

鎌倉市長様

〒

住所

申請者
(保護者)

氏名

電話番号

関係書類を添えて、1か月児健康診査費の補助金の交付を申請します。
 なお、補助金の交付決定にあたり、必要があるときは、鎌倉市が住民票記載事項について確認すること及び領収書の内容等について、医療機関等に確認することに同意します。

受診児	ふりがな	生年月日	年 月 日
	氏名		

受診日	年 月 日
-----	-------

申請理由	<input type="checkbox"/> 県外医療機関等で受診したため <input type="checkbox"/> 1か月児健康診査費が補助券記載額に満たなかったため <input type="checkbox"/> 補助券の交付を受けていないため <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

銀行名	銀行 金庫 組合	口座名義 (カタカナ)	申請 金額	円
支店名	本店 支店 出張所	口座番号		
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		

※添付書類

- 1か月児健康診査に係る領収書又は健康診査費用を確認できる書類
- 母子健康手帳等（1か月児健康診査の実施が確認できる書類）の写し
- （交付されている場合）補助券

市役所使用欄

受付印	A 申請額	領収書	B 補助額	A・Bのいずれか≦
		適		→ 補助決定額 円
		不適		→ 補助不可

該当
・
非該当

対象
・
非対象