

(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、乳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 | 4か月児健康診査 | 年 月 日 | 対象・非対象 |
| | お誕生日前健康診査 | 年 月 日 | |
| 受診理由 | <input type="checkbox"/> 指定医療機関以外のかかりつけ医で受診したため <input type="checkbox"/> 里帰り先の医療機関で受診したため <input type="checkbox"/> その他 () | | |

該当
・
非該当

対象
・
非対象

対象
・
非対象

【振込先口座情報】

| | | | | |
|-----------------|--|--------------|------|---|
| 金融機関名 | 口座名義 (カタカナ) | | 申請金額 | 円 |
| 支店名 | 預金種別 | 口座番号(右詰めで記入) | | |
| 本店 支店 出張所 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | | | |

【添付書類】

- (1) 受診票
- (2) 受診した健康診査に係る領収書および健康診査費用を確認できる書類

市役所使用欄

| | | | | |
|-----|-------|-----|-------|-----------------------|
| 受付印 | A 申請額 | 領収書 | B 委託額 | → A・Bのいずれか ≤ 補助額 円 |
| | | 適 | | |
| | | 不適 | | → 補助不可 |