

里帰り等の1か月児健康診査費助成金申請書

新宿区長あて

申請額円

上記金額を助成金として申請しますので下記の口座に振り込みください。

申請者記入欄（太枠内を記入）													
フリガナ 申請者氏名 （産婦ご本人）				生年月日				昭和 平成 年 月 日					
住 所				電話									
出 産 年 月 日				年 月 日				母子健康手帳 交付日		年 月 日 交付			
申 請 理 由				東京都外での受診 その他（ ）									
振 込 先	口座振替 指定金融機関		銀行 信用金庫 信用組合				支店番号（ ）				本店 支店 出張所		
	金融機関コード（ ）		口座番号（右づめで記入）										
	口座種別		1普通 2当座		口座番号（右づめで記入）								
	フリガナ						* 旧姓の口座を指定するときは以下に <u>氏名の記入</u> をお願いします。 振込先口座は私の旧姓の口座に間違いありません。						
* 口座名義						氏名							

* 口座名義欄に申請者以外を指定する場合は下欄の委任状にもご記入が必要です。

委任状	
私は、助成金の受領を上記口座名義の者に委任します。	年 月 日
申請者（産婦）氏名	

1か月児健康診査の受診について			区 審 査 欄 及 び 備 考	
受診人数	受診日(受診票未使用)	自己負担金額 (保険適用分を除く)		
人	月 日	円		

区 職 員 記 入 欄			窓口・郵送		年 月 日 受理	
助成限度額計(6,000円/人)	人	円	整理番号			
自己負担額		円	区民日	年 月 日		
助成決定額		円	転出日	年 月 日		