

様式第3号（第8条関係）

1か月児健康診査受診費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

田原本町長 殿

〒

申請者 住 所：  
氏 名：  
電話番号：

田原本町1か月児健康診査受診費用助成事業実施要綱第8条第3項の規定により、受診費用の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、助成金については、次の口座に振り込んでください。

氏名（児）		生年月日	年 月 日	
1か月児健康診査 実施日		年 月 日		
申請（請求）金額		円		
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座・その他
	口座番号		フリガナ 口座名義人 (申請者と同一)	
同意欄		以下の事項に同意される場合は、□に☑を記入してください。 <input type="checkbox"/> 受診費用の助成金の交付を決定するに当たり、必要があるときは、町が住民基本台帳の閲覧、1か月児健康診査を受けた健診機関への支払内容の確認等を行うことに同意します。		

町記入欄

受付印	添付書類	受診費用	助成金額
	<input type="checkbox"/> 領収書・明細書の写し <input type="checkbox"/> 母子健康手帳（1か月児健康診査の受診が分かるもの）の写し <input type="checkbox"/> 未使用の受診券 <input type="checkbox"/> 振込先口座確認書類の写し <input type="checkbox"/> その他（ ）	円	円

裏面もご覧ください。

(裏面)

(申請方法)

1 か月児健康診査を受診した後に、申請書兼請求書に必要書類を添えて、課に提出  
してください。

なお、申請期限は、1 か月児健康診査を受診した日の属する年度の末日まで（休日の場合はその前開庁日）となっておりますのでご注意ください。

(記載上の注意)

太枠内をご記入ください。

(申請時に必要な添付書類)

- ①1 か月児健康診査を受けた医療機関等で発行された受診費用に係る領収書の写し  
\*「明細書」が発行されている場合は、領収書と併せて提出をお願いします。
- ②1 か月児健康診査の結果が記載された母子健康手帳の写し
- ③未使用の受診券
- ④振込先口座及び口座名義人が分かる通帳等の写し

(備考)

助成金の額は、医療機関に支払った額ではなく、1 か月児健康診査の受診費用の助成の上限額と自己負担額を比較して少ない方の額になります。