



春日部市 1 か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

春日部市長 あて

春日部市 1 か月児健康診査助成金について、関係書類を添えて次のとおり申請します。  
なお、当該申請に係る交付の決定があった場合は、私が指定する次の口座に振り込んでください。

1. 申請事項等（申請者は受診した乳児の保護者です）

受診した乳児	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
受診した乳児の 保護者（申請者）	フリガナ		乳児との関係 （続柄）	父・母・（ ）
	氏 名			
	現住所	〒 ー 電話番号（ ） 春日部市 ※転出された方は春日部市での住所を記入		
	転出先	〒 ー ※春日部市から転出している場合のみ記入		
1 か月児健診 受診状況	医療機関等名			健診実施日
				年 月 日
添付書類 （□に✓をつける）	<input type="checkbox"/> 春日部市 1 か月児健康診査調査票 <input type="checkbox"/> 1 か月児健康診査を受診した医療機関等の領収書 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳該当ページ（①～③）の写し・・・（医療機関等が記載したもの） ① 早期新生児期【生後 1 週間以内】の経過（ビタミン K2 シロップ投与） ② 先天性代謝異常検査、新生児聴覚検査の記録 ③ 1 か月児健康診査 ※申請の際、こども家庭センターへ領収書、母子健康手帳の原本を持参してください。			
支払金額 ①（領収書記載金額）			円	
助成申請金額 ② （①と 6,000 円を比較して低いほうの金額）			円	

2. 振込口座（口座名義は、受診した乳児の保護者（申請者）と同一にしてください。）

金融機関名	支店名	口座 種別	口座番号（右詰め）
1 銀行 2 信用金庫 3 農協	本店	普通・ 当座	
	支店		口座名義（フリガナのみ）

【裏面もご記入願います】

3. 誓約・同意事項

以下、全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。			
署名年月日	年 月 日	申請者署名	
<p>(1) 申請にあたり、市が住民基本台帳を閲覧すること及び審査に必要な内容を医療機関等へ確認することに同意します。</p> <p>(2) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を効果的に実施するため、1 か月児健康診査調査票、健康診査の結果等の情報について、医療機関等、こども家庭センターなどの関係機関と必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。</p> <p>(3) 助成金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽があることが判明した場合や他の市区町村で助成を受けていた場合など、二重支給が発覚した場合には、助成金を返還します。</p>			

振込先の金融機関口座確認書類（コピー） 添付欄

受取口座は、申請者名義のものに限ります

- 受取口座の
- ①金融機関名と支店名
  - ②口座番号
  - ③口座名義人（カナ）がわかる通帳やキャッシュカードのコピー

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」のわかる通帳見開きをコピーしてください。

※長期間入出金のない口座、海外で開設した口座はご遠慮ください。

※通帳やキャッシュカードがない銀行の場合は、上記①～③がわかる画面を印刷したものを提出してください。

※原則、申請者名義の口座を指定していただきますが、別の方の名義の口座を希望する場合は、委任状および口座名義人の本人確認書類も提出してください。