

記入例

様式第1号（第5条、第7条関係）

（表）

① 年 月 日

あきる野市長 殿

申請者 住 所 あきる野市秋川 0-0
氏 名 あき るの子
② 電話番号 042-000-0000
乳児との関係 母

あきる野市1か月児健康診査受診費助成金交付申請書兼請求書

あきる野市1か月児健康診査受診費助成金の交付を受けたいので、あきる野市1か月児健康診査受診費助成金交付要領第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 申請（請求）内容

乳	フリガナ	③ アキ タロウ	生 年 月 日	③ 令和8年4月1日
	氏 名	③ あき 太郎		
児	住 所	③ あきる野市秋川 0-0		
医療機関名	④ 秋の小児科クリニック	受 診 地 (都道府県名)	⑤ 東京都	
受診年月日	⑥ 令和8年 5月 1日（生後1か月0日）			
費用負担額	⑦ 7,000円	助成金交付 申請（請求）額	⑧ 6,000円	

（添付書類）

- 住民票の写し
 - ⑨ 母子健康手帳の1か月児健康診査受診記録が記載されている箇所の写し
 - 1か月児健康診査を受診した医療機関の発行した領収書の写し
- ※ 1については、次の内容に同意することにより、添付を省略できます。

⑩ 申請に係る審査をするため、申請内容について医療機関に確認すること及び私の住民情報について市の公簿で確認することに同意します。

⑩ ○○年○○月○○日

⑩ 氏名 ○○○ ○○○

※ 自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。

⑪

(裏)

2 振込先

金融機関名	〇〇〇	銀行 信用金庫 農業協同組合 信用組合 労働金庫	〇〇〇	本店 支店 出張所					
種目	普通・当座	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
フリガナ	〇〇〇 〇〇〇								
口座名義	〇〇〇 〇〇〇								

【記入の際にご注意いただきたいこと】

- ① 申請書を提出する日にちをご記入ください。
- ② 申請者の住所、氏名、電話番号、乳児との関係をご記入ください。
※申請者は、なるべく申請者と振込先の口座名義と同じ方がご申請ください。
- ③ 乳児について、氏名、生年月日、住所をご記入ください。
- ④ 受診された医療機関名をご記入ください。
- ⑤ 受診された医療機関の受診地（都道府県名）をご記入ください。
- ⑥ 受診日をご記入ください。
- ⑦ 費用負担額をご記入ください。自費で支払った金額をご記入ください。
保険適用外のもののみが対象となります。
- ⑧ 助成金交付申請額は、上限6,000円となります。
費用負担額と比較し、上限6,000円（6,000円に満たない場合は、その額）の金額をご記入ください。
例① 4,000円 6,000円以下であるため
助成金交付申請（請求）額は、4,000円
例② 7,000円 6,000円以上であるため
助成金交付申請（請求）額は、6,000円
- ⑨ 添付書類1～3をご用意ください。なお、住民票の提出は、⑪の住民情報について市の公簿で確認することに同意することによって省くことができます。
- ⑩ 申請にあたって、同意をいただく内容となります。
- ⑪ 振込先をご記入ください。申請者と異なる場合は、委任状のご提出が必要となりますので窓口までお越しください。