

大田区1か月児健康診査受診費用助成申請書

（宛先）大田区長

令和6年6月20日

関係書類を添えて、下記のとおり大田区1か月児健康診査受診費用の助成を申請します。なお、申請するに当たり、住所等の確認のために私の住民登録の閲覧や必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細を閲覧すること
また、助成金は下記口座に振り込んでください。

申請日現在の月齢を記入してください。1歳になる月の末日までに申請してください。

記

対象児	フリガナ	オオタ タロウ		生年 月日	令和6年 4 月 10 日 (2 か月)				
	※氏名	大田 太郎							
対象児の養育者 (申請者)	※氏名	大田 花子		対象児との 関係 (続柄)	父・母・()				
	住所	〒 144 - 0000 大田区 蒲田 1-1-X		電話番号	090 (0000) 0000				
1か月児健診 受診状況	医療機関名			健診実施日					
	●●病院			令和6年5月10日					
添付書類 (口に✓をつける)	<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書(写)及			確認できるもの					
	支払金額 ① (領収書)			①支払金額が4,000円以下の場合には、 ①支払金額が②申請金額になります。 (例)①3,800円なら②も3,800円です。 4,500 円					
※助成申請金額 ② (①と4,000円を比較して低いほうの金額)			4,000 円						
振込 口座	金融機関	おおた	銀行 信用金庫 信用組合	蒲田支店 出張所	金融機関コード	0	0	0	0
	預金種目 (○で囲む。)	普通	当座	※口座番号	店番号	9	9	9	
	口座名義 (カナ)	オオタ ハナコ							
	※口座名義	大田 花子							

- 消せるボールペンは使用しないでください。
- 申請書内の※部分は訂正できません。
- 対象児の養育者（申請者）は口座名義人と同一にしてください。
- 添付書類は返却しませんので、ご注意ください。

健康づくり課処理欄	助成決定額	円 (年 月 日 決定)
-----------	-------	---------------