第1号様式（第5条関係）

消えるボールペン、修正テープ、修正液は使用しないでください。

記入例

世田谷区1か月児健康診査費用助成金申請書兼口座振替依頼書

世田谷区長　あて

世田谷区1か月児健康診査費用助成金（以下「助成金」という。）について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。
なお、申請にあたり、区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。

申請者は受診者の保護者になります。　※訂正は不可

			申請日	令和6 年 5 月 1 日
申請者	フリガナ	セタガヤ　ハナコ	生年月日	平成4 年10月10日
	申請者（訂正不可）	世田谷　花子		
	現住所	〒 154－0017 世田谷区 世田谷4－24－1	※転出された方は世田谷区での住所を記入	
	転出先	〒	※世田谷区より転出している場合のみ記入	
	決定通知書送付先住所	〒	]な事情がある場合のみ記入 （　　様方）	
	電話番号	03	健診を受けた者との関係	母
フリガナ		セタガヤ　タロウ		
健診を受けた者の氏名		世田谷　太郎	日	令和6 年 4月1日
申請金額（請求額）		金　　円	※助成金額は区が決定します	

申請から決定通知が届くまで1，2か月かかります。長期間、現住所・転出先不在のため、通知を受け取れない場合のみ記入してください。ご実家等で名字が異なる場合は「○○様方」と滞在先の名字も記入してください。

日中、連絡がとれる電話番号を記入してください。

対象児からみた関係を記入ください。

健診を受けた対象児の氏名を記入してください。

未記入で可。

審査の結果、助成金の支給を決定した場合は、私が指定する下記の口座に振り込んでください。
口座名義人が私以外の場合は、助成金を受領する権限を口座名義人に委任します。

金融機関名及び支店名	等々力				世田谷				預金種別			普通			
	(銀行)・信用金庫・信用組合・労働金庫・農協				本店・(支店)出張所				口座番号	1	2	3	4	5	6	7
コード	1	1	1	1	コード	2	2	2								
フリガナ　※必ず記入	セタガヤ　ハナコ															
口座名義人	世田谷　花子　　口座名義を旧姓使用している場合はチェック☑してください→															
申請者と口座名義人が異なる場合、口座名義人の住所	申請者と同住所　・　別住所［　　］															

請求に必要な書類（添付を確認したら□に✔してください。）

✔	母子健康手帳（親子健康手帳）のコピー	「1か月児健康診査」欄のコピー （R5年度に発行された母子健康手帳（親子健康手帳）の場合はP20～21）
✔	医療機関発行の領収書のコピー	医療機関が発行した領収書のコピー（返却しません） ※領収書の診察日と健診日が一致していることが必要です。
✔	医療機関発行の診療費明細書のコピー	上記領収書と一緒に医療機関が発行した明細書のコピー（返却しません）

※その他書類審査の結果、区長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

【区処理欄】

区の記入欄です