

川越市 1 か月児健康診査助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）川越市長

私は、川越市 1 か月児健康診査事業実施要綱第 6 条に基づき必要書類を添え、助成金の交付を申請します。

なお、私はこの申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には市が医療機関に問い合わせることに同意します。

1. 申請者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
申請者の住所	〒 (☎ - -)		
フリガナ		生年月日	年 月 日
児の氏名			
児の住所 (受診日時点)	〒 川越市 ※申請者の住所と同一の場合は記入不要		
受診（受検）医療機関			
名称 住所 電話番号			

2. 振込口座

下記の金融機関口座（原則、「1. 申請者」の口座）への振込みを希望します。

【受取口座記入欄】

金融機関名		支店名または店名		預金種別 または 預金種目	口座番号 (右詰めでご記入ください)						
1.銀行 2.金庫 3.信組 4.農協		本・支店 本・支所 出張所		1.普通							
金融機関コード		支店コード		2.当座							
フリガナ											
口座名義人 (通帳の表記に合わせてください)											

※ゆうちょ銀行を選択される場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）をご記入ください。

※口座名義人が申請者と異なる場合は、裏面「委任状」に記入してください

※裏面も必ずご確認ください

委任状

私は、振込先口座名義人に川越市 1 か月児健康診査助成金の受領を委任します。

年 月 日 委任者氏名（申請者）

< 申請要件・注意事項 >

- 1 か月児健康診査を受診した日に、川越市に住民登録があるお子さまが対象です。
 - 1 か月児健康診査に係る費用について、5,500 円を上限に助成します。
 - 助成金の交付申請期限は、出産日から起算して 1 年未満（お子さまの 1 歳の誕生日の前日まで）です。
- < 必要書類 >

- ☐ 川越市 1 か月児健康診査助成金交付申請書
- ☐ 母子健康手帳の写し
- ☐ 医療機関の名称、受診日が明記された領収書の写し
- ☐ 診療明細書の写し
- ☐ 振込先口座確認書類の写し