

申請日 年 月 日

(宛先) 鈴鹿市長 様

〒 -

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

鈴鹿市1か月児健康診査助成金交付申請書

鈴鹿市1か月児健康診査をしましたので、助成金の交付を受けたく鈴鹿市補助金等交付規則第3条の規定により、下記のとおり申請します。この申請に関し、鈴鹿市が保有する個人情報を閲覧・調査すること、医療機関等への確認、調査等を行うこと、及び健診結果について鈴鹿市に提出することに同意します。助成金の振込先は下記の口座を指定します。

記

1 申請金額 \_\_\_\_\_ 円

2 子どもの氏名、生年月日、受診医療機関、健診日、健診金額、申請金額

子どもの氏名	生年月日	受診医療機関	健診日	健診金額	申請金額 (上限 4,000 円)
	年 月 日		年 月 日	円	円
	年 月 日		年 月 日	円	円

3 振込先 (原則、申請者名義の口座)

銀行 農協 信用金庫	支店 支所 出張所	種 別	普通 ・ 当座
		口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	

4 添付書類

- ① 医療機関等において記載された鈴鹿市1か月児健康診査結果票
- ② 領収書等、支払った受診料の金額が確認できる書類 (写し可)  
※あれば明細書等、受診料の内訳が確認できる書類 (写し可)

※振込先口座名義人と申請者が異なる場合は、以下の委任欄をご記入ください。

私は、受任者に鈴鹿市1か月児健康診査助成金の受領行為について委任します。	
委任者 _____	
受任者 _____	委任者との続柄 ( )

\*申請できる期間は、健診日の翌日から起算して6か月以内です。