第１号様式(第５条関係)

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か月児健康診査を受診しましたので、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　こどもの氏名、生年月日、受診医療機関、健診日、健診金額、申請金額

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| こどもの氏名 | 生年月日 | 受診医療機関 | 健診日 | 健診金額 | 申請金額(上限6,000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。