

様式第1号 (第11条関係)

申請日				年	月	日
1か月児健康診査費用助成金申請書						
小田原市長 様						
1か月児健康診査費用助成金を申請します。助成金は、下記の口座に振り込んでください。なお、申請に対し市が請求内容等を医療機関等に確認することに同意します。						
申請者兼請求者	ふりがな				生年月日	年 月 日
	氏名					
	住所					
	対象児との続柄				電話番号	
対象児	ふりがな				生年月日	年 月 日
	氏名					
健診実施施設名					健診実施日	年 月 日
助成申請額(A)		円		助成限度額(B)		6,000円
助成決定額 ((A)-対象外費用と(B)でいずれか少ない額)※市記入						円

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合				本店 支店	種類	1 普通 2 当座	
	口座番号						(口座番号は右詰め記入)		
	フリガナ(必須)							/	
	口座名義								

※振込先の口座名義を申請者以外の方とする場合は、以下の委任状の記入が必要です。

委任状			
私は、本件に係る助成金の受領を以下の者に委任します。			
口座名義氏名：	[続柄： ]		住所：
-----			
年	月	日	申請者氏名： 印

注1) 文書料等は助成対象外のため、領収書等の金額と決定額は異なる場合があります。

注2) 明細書をお持ちの方は、領収書と一緒にその明細書もお持ちください。

注3) 振込額は、後日、決定通知書にてお知らせします。なお、お振込みは申請の翌月末を予定しています。