

様式第1（第9条関係）

1か月児健康診査費償還払助成金申請書兼請求書

年 月 日

鹿児島市長 殿

鹿児島市1か月児健康診査実施要綱第9条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり1か月児健康診査に係る費用の助成について申請します。助成金は下記の口座に振り込んでください。

フリガナ 申請者氏名					
申請者住所		〒 鹿児島市 (電話番号 自宅 携帯 )			
フリガナ 子の氏名		生年月日		年 月 日	
申請内容	健康診査種別	健診受診日	申請額	確認欄	決定額
	1か月児健康診査	年 月 日	円		円
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義	
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		フリガナ	
(振込先口座の名義人が申請者と異なる場合は記入してください。)					
委任者（申請者） 氏 名 印					
上記受診費に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。					
受任者（口座名義人） 住 所					
氏 名 申請者との続柄					

処理欄（下枠内は記入不要）

決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
-------	-------	--------	---

◎申請上の注意

- この申請書は、鹿児島市民の方で、県外の医療機関（国内のみ）において1か月児健康診査を受診された方が受診費の払戻しを受けるための書類です。
- 申請者は、太枠内に必要事項を記入し、医療機関発行の領収書、振込先の口座の通帳（写し）及び母子健康手帳（健診結果が記入してあるページの写し）と受診票を添付してください。受診票1枚につき助成は1回しか受けられません。受診票には、お母さんシールを貼り付けるか、お母さんシールの番号を記入してください。
- 受診費に係る助成金の申請は、1か月児健康診査を受診した日の翌日からできます。申請については、検査日から起算して6月以内に請求してください。