様式第１号（第５条関係）

佐久市１か月児健康診査県外受診補助金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

（申請（請求）先）佐久市長

１か月児健康診査を受診しましたので、次のとおり申請（請求）します。

なお、本申請に当たり、私の住民基本台帳の記録状況を確認すること及び１か月児健康診査を受託する医療機関等と市が、必要な情報を共有することについて、同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請（請求）者 | ふりがな |  | | | | | 電話  （　　　　） | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 1か月健診  受診状況 | | 受診者 |  | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 医療機関名・所在地 | | | | | | | 受診日 | | | | |
| （名称）  （所在地） | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 補助金の上限額（A） | | | 支払額（B） | | | 請求額  （A）又は（B）のいずれか少ない額 | | | | | | | |
| 6,040円 | | | 円 | | | 円 | | | | | | | |
| 補助金の振込先 | 金融機関 |  | | 支店  支所 | | | | 金融機関  コード | |  |  |  |  |
| 店番号 | |  |  |  |  |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | |

添付書類

ア　医療機関等が発行した健診料の領収書及び明細書の写し

イ　１か月児健診の結果が記録されている母子健康手帳の写し

ウ　医療機関等で第５条第１項第３号アからカまでに掲げる項目全ての検査結果について記載した１か月児健康診査受診票

エ　その他市長が必要と認める書類