

大仙市生後1か月児健康診査に係る費用償還払い申請書兼実績報告書

年 月 日

大仙市長 様

次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		健康診査を受けた者との続柄
	氏名		
	現住所	〒	
	電話番号		

※申請者は対象者（1か月児健康診査を受けた者）の保護者に限ります。

1か月児健康診査を受けた者

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
	健康診査を受けた年月日		年 月 日	
	申請金額 (実費相当額。ただし、 上限額6,000円)		_____円	
	受診医療機関名			
添付書類	1 医療機関が発行した領収書又は支払い証明書 2 申請者の口座の写し 3 1か月児健康診査受診票または受診した記録が確認できる母子健康手帳等の写し			

私が受領する1か月児健康診査の係る費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協								本店 支店 支所
		金融機関コード					支店番号			
	預金種別	普通 ・ 当座								
	口座番号									
	フリガナ									
口座名義人										

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、市長が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
本申請分の1か月児健康診査の係る費用の助成を他自治体で受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ