

(宛先)

年 月 日

平塚市長様

住所

申請者  
(保護者)

氏名

電話番号

関係書類を添えて、1か月児健康診査費用補助金の交付を申請（請求）します。  
 なお、この申請に必要な情報について調査すること、医療機関等へ1か月児健康診査について確認することに同意します。

健診を受けた乳児 (多胎児等は全員記載)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			

健診実施日	年 月 日
-------	-------

申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産等で、県外医療機関等で受診したため <input type="checkbox"/> 神奈川県産科婦人科医会に加入していない県内医療機関及び助産院で受診したため <input type="checkbox"/> 1か月児健康診査費用が補助券の金額（6,000円）に満たなかったため <input type="checkbox"/> 補助券の交付を受けていなかったため <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---

銀行名	銀行 金庫 組合	口座名義（カタカナ）	請求 金額	円
支店名	本店 支店 出張所	口座番号(右詰め記入)	※上限額：6,000円	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	<input type="text"/>		

※添付書類

- (1)平塚市1か月児健康診査費用補助券（未使用のもの）
- (2)1か月児健康診査に係る保険外診療の領収書、明細書又は1か月児健康診査費用を支払ったことを確認できる書類
- (3)母子健康手帳の写し（1か月児健康診査の実施が確認できるページ）