

記入例

男鹿市 1 か月児健康診査費助成金 申請書兼請求書

(宛 名) 男 鹿 市 長

1.申請者		申請日	令和● 年 ● 月 ● 日
フリガナ 氏 名	生 年 月 日	日 中 連 絡 の つ く 連 絡 先	
●● ●●	平成●年●月●日	電話 ●●● (●●●) ●●●●	
●● ●●			
住所			
男鹿市●●●●番地			

申請者は、

- ・お子さんの養育者であること
- ・健診日と申請日に男鹿市に住所があること

の条件が満たされれば、お父さん・お母さんのどちらでもかまいません。

2.対象児		フリガナ 氏 名	生 年 月 日	続 柄	住 所 (別居の場合のみ記入)
1	●●●●	令和●年 ●月 ●日	●		
	●●●●				
2					

誓約・同意事項を必ずご確認の上、
□に✓を付けてください。

- 3.誓約・同意事項 各項目を確認の上、□に✓を記入し申請してください。
- ☒ (1) 健診実施日と申請日において、申請者・対象児は共に男鹿市（以下「市」という。）に住所があります。
 - ☒ (2) 1 か月児健診の受診について、他の自治体から助成を受けていません。
 - ☒ (3) 本助成金の支給要件の該当性等を審査等するため、市が必要な公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関・医療機関等に求めることに同意します。
 - ☒ (4) 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
 - ☒ (5) 申請書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、市が別に定めた申請期限日までに市が申請者に連絡・確認できない場合、本助成金が支給されないことに同意します。
 - ☒ (6) 本助成金の支給後、支給要件に該当しないことが判明した場合には、助成金を返還 します。

【 裏 面 も ご 確 認 ・ ご 記 入 く だ さ い 】

4.振込先（「1.申請者」名義に限る）

振込先は、申請者名義の口座をお願いします。

金 融 機 関 名		支 店 名	分 類
1.銀行 2.金庫	3.組合 4.農協	本・支店 本・支所 出張所	普通 ・ 当座
口 座 番 号		口 座 名 義（ カタカナ ）	

5.請求額

円

（助成限度額6,000円。保険診療分は対象外です。）

請求額は注意事項をご確認ください。

振込先金融機関口座確認書類
写 し 添 付 箇 所

※振込先口座の金融機関名、口座番号、口座名義人（カナ）が分かる
通帳やキャッシュカードのコピーを付けてください。

上記「4. 振込先」の情報が分かる
書類の写しを添付してください。

（市が記入）

交付決定額	
交付決定日	

市 受 付 印