

第1号様式（第5条関係）

越谷市1か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

越谷市長 宛

郵便番号
住所
氏名
電話番号

申請者

次のとおり、越谷市1か月児健康診査助成金の交付を受けたいので、【同意事項】に同意し、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第5条第1項の規定により申請するとともに、同規則第18条第2項の規定により請求します。

【同意事項】

① 市が、越谷市1か月児健康診査助成金の交付に係る審査を行うため、受診した医療機関等に対し、受診状況等について必要な調査を行い、又は報告を求めること。

② 市において、越谷市1か月児健康診査助成金の交付を決定した後は、この申請書を越谷市1か月児健康診査助成金の請求書として取り扱うこと。

※必要事項を記入してください。

乳児の氏名	フリガナ	乳児の 生年月日	年 月 日
母子健康手帳 No.			
乳児の住所 (受診日時点)	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 申請者の住所と異なる（越谷市 ）		
受診医療機関等	住所 名称	電話番号	
振込先口座	銀行 信用金庫・農協	種別	普通 ・ 当座
	本店 支店	口座番号	
口座名義人	フリガナ		
委任状			
私は、次の者に越谷市1か月児健康診査助成金の受領を委任します。			
受任者（口座名義人）	委任者（申請者）		
住所_____	住所_____		
氏名_____	氏名_____		印

受診日	申請額	市記入欄		
		助成限度額	決定金額	備考
年 月 日	円	円	円	

【添付書類】

- 医療機関等が記載した1か月児健康診査票（令和6年10月1日以降に受診した方のみ）
- 医療機関等が発行した領収書・明細書（原本）
- 振込先口座の通帳等（口座情報がわかる部分）の写し
- 母子健康手帳（出生届出済証明、検査の記録、早期新生児期（生後1週間以内）の経過、1か月児健康診査が記載されたもの）の写し（医療機関等が記載した1か月児健康診査票がない場合のみ）