様式第7号（第10条関係）

１か月児健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

　小 野 町 長

　１か月児健康診査費用助成金の交付を受けたいので、小野町１か月児健康診査事業実施要綱第１０条の規定により、関係書類を添えて申請します。

　なお、本申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合については、町が確認を行うことに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | （ふりがな）  氏名 | 生年月日 |
| 受診者（児） |  |  |
| 申請者（保護者） | ㊞ |  |
| 住所 | 〒  　小野町大字  電話　　　　　　　　（　　　　　　　） | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １か月児健康診査年月日 | | |
| 年　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 窓口負担額（A） | 上限額（B） | 申請額（AとBのうち少ない額） |
| 円 | 円 | 円 |

（振込先）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行  金庫  　　　　　　　　　農協 | | | | | 本店  　　　　　　支店  出張所 | | | |
| 預金種別 | １　普通　　　　　・　　　　２ 当座 | | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人  （申請者と同一） |  | | | | | | | | |

【注意事項】

１　助成金額は、医療機関に支払った額全額ではなく、助成の対象となる検査内容について定められた上限額6,000円と窓口負担額を比較して少ない方の金額となります。

２　助成金の申請は、受診した日から2年以内に行ってください。