

様式第2号（第8条関係）

名張市1か月児健康診査費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

名張市長 宛て

名張市1か月児健康診査費用助成事業実施要綱（令和6年名張市告示第108号）第8条第1項の規定に基づき、1か月児健康診査の費用の助成を申請します。

なお、名張市が対象の乳児及び保護者の住民基本台帳を確認すること及び1か月児健康診査の結果等の情報の活用などにより、出産・子育て応援交付金による伴走型相談支援事業の効率的な実施につなげることに同意します。

申請者 子

住所 名張市

氏名

電話（ ） —

乳児の氏名、生年月日、健診日、受診金額、申請金額（太枠の中のみ記入してください。）

乳児の氏名	生年月日	受診日	受診金額	申請金額 受診金額と4,000円の いずれか少ない額
	年 月 日	年 月 日	円	円
	年 月 日	年 月 日	円	円

◎申請金額は、乳児一人当たり4,000円が上限です。

（添付資料）1 医療機関等発行の領収書

2 名張市1か月児健康診査受診申込書兼結果票

申請金額合計

円

*申請期日は、1か月児健診を受けた日から90日以内又は1か月児健診を受診した日の属する年度の3月31日までのいずれか早い日までです。

*申請にお越しの際は、念のために印鑑をご持参ください。

*助成額	円	(承認・不承認)	年 月 日	*交付決定 指令番号	名張市指令第 号
*受付者		*決定年月日			

*は市記入欄です。

名張市1か月児健康診査費用助成金請求書

年 月 日

名張市長 宛て

請求者氏名 印

（下記の口座名義人と同じ方が請求してください。）

支給決定された1か月児健康診査費用を請求しますので、下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除きます。)	支 店	預金種目	口座番号 (右づめでご記入ください。)
銀行 金庫 農協	本 店 支 店 出張所	普通 当座	
ゆうちょ銀行	店 番	預金種目	番 号 (右づめでご記入ください。)
貯金通帳の見開き下に記載された振込 口座の店番・番号を記入してください。		普通 当座	
(フリガナ)	*必ず記入してください。		
口座名義人			

(裏面)

領収書の原本と名張市1か月児健康診査受診申込書兼結果票を添付してください。

領
収
書

・

名張市1か月児健康診査受診申込書兼結果票

添
付
欄