

第1号様式(第5条関係)

志木市1か月児健康診査補助金交付申請書

年 月 日

志木市長 様

申請者 住 所 志木市  
氏 名  
電 話 番 号 — —

次のとおり1か月児健康診査を受診したので、志木市1か月児健康診査補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、本申請に基づく補助金の交付決定に当たり、市が受診医療機関に受診状況等の確認を行うことに同意します。

フリガナ	
対象児 氏名	
生 年 月 日	年 月 日
住 所 (受診日における住民登録地)	志木市
受診医療機関	
受診医療機関住所	

申請金額 \_\_\_\_\_ 円

振込先

金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農 協	本店・支店
口座番号(7桁)	普通預金	
フリガナ		
口座名義人		

【市役所使用欄】

- 申請者本人確認  免許証  マイナ保険証  旅券  その他( )
- 住登確認  健診実施日に住登あり  
 健診実施日に住登なし→申請不可  
年 月 日 ( 転入 ・ 転出 )
- 添付書類  ①領収書+明細書  
 ②志木市1か月児健康診査助成券(2/2)(志木市保管用)  
 ③振込先口座を確認できる書類(キャッシュカードや通帳)等の写し
- 期間確認  健診実施日から1年以内  
 健診実施日から1年以上→申請不可
- 支給決定額 \_\_\_\_\_ 円