

(申請日) 年 月 日

(宛先) 川崎市長

川崎市 1 か月児健康診査事業実施要領第 9 条の規定により、関係書類を添えて 1 か月児健康診査費用の助成を申請します。
川崎市がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関に照会することに同意します。

1. 申請者 ※ 1 ～ 4 の太枠内を記入してください。

母子健康手帳番号 (川崎市で交付の方のみ)							母子健康手帳 別冊交付日	年 月 日
フリガナ							生年月日	年 月 日
申請者氏名								
申請者の現住所 連絡先	〒 ー						電話	ー ー
受診日時点の住所 (現住所が川崎市外 の方のみ)	〒 ー							

2. 振込先

金融機関名							金融機関コード				
支店名							支店コード				
預金種別	普通	番号						フリガナ			
	当座								口座名義人		

※ 申請者以外の口座に振り込むときは、以下の委任について記入してください。

----- 記 -----

私は、次の者に 1 か月児健康診査事業費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者 (口座名義人) 氏 名 ① 委任者 (申請者) 氏 名 ①

3. 受診・支払状況

フリガナ		健診を受けた子の 生年月日	年 月 日
健診を受けた子の 氏名			
健診費用 (自己負担額)		健診を受けた日	年 月 日

4. 申請に必要な書類 ※送付する前に提出書類の確認をしてください。 (確認欄)

医療機関等により 1 か月児健康診査の結果が記載された「問診票・診査票【①市提出用】」	確認欄 ☐
1 か月児健康診査費用が記載された領収書の写し	確認欄 ☐
母子健康手帳「1 か月児健康診査」のページの写し	確認欄 ☐
振込先の口座番号の分かるものの写し (預金通帳、キャッシュカード等)	確認欄 ☐

(注意)

※ 御提出いただいた個人情報 は、1 か月児健康診査事業以外の目的で利用することはありません。
※ 不正な行為により本事業の助成を受けたとき、又は給付後に過誤額が確認されたときは、助成金の全部又は一部を返還していただきます。

川崎市受理印