

年 月 日

（宛先） 小金井市長

申請者 住 所
氏 名
電 話

小金井市里帰り等 1 か月児健康診査受診費助成金交付申請書兼請求書

東京都外の医療機関で 1 か月児健康診査を受診し、費用を負担したので、小金井市里帰り等 1 か月児健康診査受診費助成金交付要綱第 4 条第 1 項の規定により下記のとおり助成金の交付を申請及び請求します。

この申請内容について、公簿との照合及び医療機関へ確認することに同意します。

記

受診機関名		所在地	
受診年月日	年 月 日	負担額	円

助成金については、次の口座に振り込んでください。

振 込 先 金 融 機 関	店番号	口座番号
銀行 信用金庫 農協	本 ・店 支	
	口座名義 (カタカナ)	
	口座は、原則申請者名義のものに限ります。	

- （注 1） 添付書類

① 小金井市 1 か月児健康診査実施要綱様式第 5 号の乙票（健診結果の記載及び医療機関の押印又は署名があるもの）
- （注 2） 助成金額

② 1 か月児健康診査の領収証の写し及び診療明細書の写し
- （注 3） 申請期間

1 か月児健康診査の自己負担額と助成上限額のいずれか低い方の金額
- （注 4） 振 込 先

1 か月児健康診査受診日から 1 年間
- 原則として 1 か月児健康診査受診者の保護者の口座
- 保護者名義の口座がない場合は、別紙委任状を提出