

様式第1号（第6条関係）

里帰り等1か月児健康診査補助金交付申請書兼実績報告書

令和 年 月 日

（宛先）静岡市長

住 所

申請者（保護者）

氏 名

電話番号

里帰り等1か月児健康診査補助金の交付を受けたいので、静岡市里帰り等1か月児健康診査補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請し、及び受診の実績を報告します。

1 申請額

円

2 受診者情報

（1）受診者氏名

（2）受診者生年月日

令和 年 月 日

受診医療機関等

名 称

所在地

電 話

里帰り等1か月児健康診査補助金の交付に係る審査のため、以下の事項について同意します。

- ☐ 受診した医療機関の領収書の内容を医療機関に照会すること
☐ 補助金の支給後、この補助金の対象要件に該当しないことが判明した場合は、返還の義務があること

（注）

- 1 補助金の上限額は、6,446円となります。支払った金額とは異なりますので御注意ください。
2 静岡市の受診票、医療機関が発行した領収書及び母子健康手帳の写しを添付してください。
3 里帰り等1か月児健康診査補助は、静岡市が行う審査を経て決定するものであり、申請書を受理したことにより補助金の交付を保証するものではありません。また、申請件数が、補助予定件数を超えた場合、申請期間内であっても受付を終了することがあります。

（以下は記入不要）

申請受理月日

年 月 日

交付・不交付

補助金額 金

円

様式第 4 号（第 8 条関係）

請 求 書

年 月 日

（宛先） 静岡市長

住 所
請求者（保護者） 氏 名
電話番号

年 月 日付け 第 号により補助金の交付の決定を受けた里帰り
等 1 か月児健康診査補助金として、次のとおり請求します。

金 円

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本支店 出張所	本店 支店 出張所
	預金種別	普 通 ・ 当 座		
	口座番号			
	ふりがな			
	口座名義人			

口座名義が請求者（保護者）でない場合は、委任状に記入してください。

委 任 状	
里帰り等 1 か月児健康診査補助金の受領を	
住所	氏名 に委任します。
	年 月 日
委任者	
住所	氏名