

**記入例**

沼田市1か月児健康診査費助成金交付申請書

|                            |                                                                                                                                 |                                            |                         |                 |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|-----------------|
| 沼 田 市 長 様                  |                                                                                                                                 |                                            | 申請日                     | R〇 年 〇 月 〇 日    |
| 申請者<br>(母、父)               | (ふりがな)<br>氏 名                                                                                                                   | ぬ ま た は な こ<br><b>沼 田 花 子</b> (続柄)母        |                         | H1 年 1 月 1 日生   |
|                            | 住 所                                                                                                                             | 〒378-0000<br><b>沼田市下之町888</b> 電話番号 23-2111 |                         |                 |
| 受診児<br>(出生届がすんでいる場合に氏名も記入) | (ふりがな)<br>氏 名                                                                                                                   | ぬ ま た あ い こ<br><b>沼 田 愛 子</b>              | 生年月日                    | R1 年 4 月 1 5 日生 |
|                            | (ふりがな)<br>氏 名                                                                                                                   | 同じにして<br>ください。                             | 生年月日                    | 年 月 日生          |
|                            | (ふりがな)<br>氏 名                                                                                                                   |                                            | 生年月日                    | 年 月 日生          |
| 1か月児健康診査費用<br>(実際に検査に要した額) | (上限1人6,000円) 円                                                                                                                  |                                            |                         |                 |
| 助成金の<br>振込先                | (ふりがな)<br>口座名義人                                                                                                                 | ぬ ま た は な こ<br><b>沼 田 花 子</b>              | 金融機関名                   | <b>沼田銀行</b>     |
|                            |                                                                                                                                 |                                            | 支 店 名<br>(ゆうちょ銀行の場合は店番) | <b>沼田支店</b>     |
|                            | 預金種別                                                                                                                            | <b>普通</b> ・当座                              | 口座番号                    | <b>123456</b>   |
| 添付書類                       | 1. 1か月児健康診査受診票原本(受診結果の記入されたもの)<br>2. 領収書の原本(受診日と同じもの)<br>3. 母子健康手帳のコピー(表紙と1か月児健康診査の結果のページ)<br>4. 口座名義人と振込先の口座番号がわかる通帳またはカードのコピー |                                            |                         |                 |
| 沼田市<br>処理欄                 | 助成金交付額                                                                                                                          |                                            | 円                       |                 |
|                            | 記入しないでください。                                                                                                                     |                                            |                         |                 |
|                            | 申請受理日                                                                                                                           | 年 月 日                                      | 交付決定日                   | 年 月 日           |
|                            | 受付番号                                                                                                                            |                                            | 交付 ・ 不交付                |                 |

----- > 代理人が申請する場合 > (申請者が記載してください。)

(続柄を確認するために代理人のマイナンバーカードや運転免許証等をお持ちください。)

|       |               |                                             |
|-------|---------------|---------------------------------------------|
| 代 理 人 | (ふりがな)<br>氏 名 | ぬ ま た た ろ う<br><b>沼 田 太 郎</b> (申請者との続柄: 夫 ) |
|       | 住 所           | 〒378-0000<br><b>沼田市下之町888</b> 電話 23-2111    |

上記の者に申請を委任します。

母氏名 **沼 田 花 子**



(署名又は記名押印)