

市川市長

市川市乳児一般健康診査料 交付金申請書兼請求書

下記のとおり、関係書類を添えて、乳児一般健康診査の受診に要する費用の給付を申請します。

フリガナ		申請日(西暦)	
申請者 (養育者)		電話番号	
住 所			
フリガナ		生年月日 (西暦)	
受診者氏名 (子)			

健診の種別	健診日	申請額 (領収金額)
1か月児健診		(上限6,000円です) 円
3～6か月児健診		円
9～11か月児健診		円

領収書の返送希望 (郵送の場合のみチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 返送を希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

上記の申請を可とする旨の決定をした場合にあっては、下記の口座に交付金を振り込んでください。

金融機関名		支店名	
金融機関コード*		支店コード*	
預金種別		口座番号	
口座名義人カナ			

※ 裏面をお読みいただき、□にチェック、署名日及び署名をご記入ください。

【誓約・同意事項】

- (1) 市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金の交付要件を確認するため、市川市が必要な情報を公簿や医療機関等で確認を行うことに同意します。
- (2) 公簿や医療機関等で確認することができない場合は、関係書類を提出します。
- (3) 申請内容に偽り又は相違があり、市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金の交付要件に該当しないことが判明した場合には、交付済みの市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金を速やかに返還します。
- (4) この申請書は、市川市において交付決定した後は、市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金の請求書として取り扱います。
- (5) 市川市が交付決定をした後、申請（請求）の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、市川市が申請・請求者への確認に努めたにもかかわらず、当該申請者に連絡・確認できない場合に、交付（払い戻し）金が交付されないことに同意します。
- (6) 口座名義人カナ欄に申請者以外の者を記入したときには、申請者が口座名義人に市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金を受領する一切の権限を委任することに同意します。

誓約・同意事項に同意します。

署名日

署名
