

《記入例》

(様式1)

(受付印欄)

柏市ホールボディカウンター測定費用助成金 同意書 (兼) 申請書 (兼) 請求書

柏市長 あて

申請・請求日 平成30年 〇〇月 〇〇日

次の点に同意し、「柏市ホールボディカウンター測定費用助成金」を申請・請求します。

助成対象者が未成年の場合は、同居の保護者の氏名を御記入ください。

住民基本台帳及び生活保護受給について調査することに同意します。  
 測定結果については(個人が特定されない形での)集計結果を公表することに同意します。

同意チェック欄

<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

同意の上、チェックを入れてください

申請・請求者	フリガナ	カシワ 〇〇
	氏名	柏 〇〇 印
	住所	柏市柏5-10-1 (電話 04 - 7167 - 1255)

助成対象者が乳幼児で、測定を受けた方が代理の場合は「乳幼児の代理人」に〇をつけてください。それ以外の場合は「助成対象者本人」に〇をつけてください。

測定者の区分 助成対象者本人 ・ 乳幼児の代理人

測定を実施した日付を御記入ください。

測定実施日 平成 30年 〇月 〇〇日

ホールボディカウンターの測定に要した費用を御記入ください。また、添付する領収書の金額と矛盾がないようお願いします。

成対象者

フリガナ	カシワ △△
氏名	柏 △△
生年月日	昭和・平成 20年 〇月 〇日
助成区分	高校生相当の年齢以下 ・ 妊婦

対象となる区分に〇をつけてください。

対象者については裏面の〈助成対象者早見表〉をご覧ください。

測定に要した費用	6,300 円	補助金申請額 ※補助金申請額の上限は一般で3,000円以内、生活保護受給世帯で6,000円以内です。	3,000 円
----------	---------	---	---------

※「補助金申請額」は「測定に要した費用」を超えることはできません。

支給決定された助成金については下記口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名等	
〇〇〇		銀行 金庫 農協 信組	本店 支店
預金種目 口座番号	普通	フリガナ	カシワ 〇〇
	当座	口座名義	柏 〇〇
	1 2 3 4 5 6 7		

※振り込み先の名義は「申請・請求者」又は同じ世帯の方のものに限ります。

<注意事項>

- 申請時に、次に掲げる書類を提出してください。
- 測定費用を支払ったことが分かる領収書(原本)。※原本は受付後、返却します。
- 測定結果の分かる書類(写し可)
- 生活保護受給世帯の方である場合は、それを証する書類(保護受給証明書)
- 妊婦の場合は母子健康手帳を持参してください。

「申請・請求者」又は同じ世帯の方の名義の口座を御記入ください。

※保健所処理欄(記入しないでください)

--	--	--	--	--	--	--	--