

(様式1)

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

(受付印欄)

申請・請求日 令和 ○○年 ○○月 ○○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ご記

保護受給について調査することに同意します。

同意チェック欄



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。



申請・請求者

フリガナ カシワ ハナコ

氏名 柏 花子

住所 柏市柏下65-1

(電話 04 - 7167 - 1255)

助成対象者が乳幼児で、生
活を共にする保護者等が測
定を受けた場合は「乳幼児
の代理者」に○をつけてく

フリガナ 助成対象者本人 ・ 乳幼児の代理者

日 ○○年 ○○月 ○○日

助成対象者

フリガナ カシワ タロウ

氏名 柏 太郎

生年月日 ○○年 ○○月 ○○日

助成区分 高校生相当の年齢以下 ・ 妊 婦

測定に要した費用

6,300円

助成金申請額

※助成金申請額の上限
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

※「助成金申請額」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	
○○		銀行 金庫 農協 信組	本店 支店
預金種目	普通	フリガナ	カシワ ハナコ
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	柏 花子

※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。

※保健所処理欄(記入しないでください)