

いちき串木野市頭蓋形状矯正ヘルメット治療費交付申請書

いちき串木野市長 様

いちき串木野市頭蓋形状矯正ヘルメット治療費支援事業の交付を受けたいので
関係書類を添えて申請します。なお、次のことについて同意いたします。

1. 申請者		申請日	年 月 日	
(フリガナ)		生年月日	昭和 平成	年 月 日
氏名				
(フリガナ)		生年月日	令和	年 月 日
乳児氏名				
現住所	いちき串木野市	日中連絡先 (電話番号)		
申請額	円			

2. 振込口座 (1. の申請者の口座とします。)

※下記に記載し、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

金融機関名		支店名		分類	口座番号 (右詰めで記入)	口座名義 (カナ氏名で記入)
	銀行 農協 金庫 漁協 信組 信漁連 信連		本・支店 本・支所 出張所	普通 当座		
金融機関コード		店番号				

※ゆうちょ銀行を選択される場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)をご記入ください。

※長期間入金のない口座を記入しないでください。

※事情により口座をお持ちでない方はお問い合わせください。

3. 誓約・同意事項

いちき串木野市頭蓋形状矯正ヘルメット治療費の申請をする場合は、下記の全ての項目を確認し、チェック欄に✓を付けてください。

☐ 以下全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

- ① 治療を受けた乳児とその保護者は、保険適用外医療(自由診療という。)の治療を開始した日から申請を行う日まで市内に住所を有していること
- ② いちき串木野市から医療機関に治療内容及び購入先を照会すること
- ③ 他の地方公共団体や健康保険組合等から購入経費及び治療費の補助を受けていないこと
- ④ 市税等の収納状況を閲覧すること

本申立ての内容に相違ありません。

令和 年 月 日 (署名)

4. 添付書類 ※提出書類を確認し、チェック欄に✓を付けてください。

- ☐ 頭蓋形状矯正ヘルメット治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など
- ☐ 頭蓋形状矯正ヘルメット治療費に係る領収書(クレジットカード等で購入した場合、明細の確認できるもの記載のない項目を補足できる書類)
- ☐ 受取口座を確認できる書類の写し(コピー)
- ☐ 世帯の納税証明書