

よこはま小児がん経験者ドック受診費用助成金交付申請書

年 月 日

横浜市長

必ず消えないペンで記入してください。

【申請者】 対象者が未成年の場合、保護者 〒

住 所

受領委任を行わない場合は、押印不要

氏 名 ⑩

(助成対象者との続柄)

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

性別 男 ・ 女

電 話 ()

よこはま小児がん経験者ドック受診費用助成金の交付を受けたいので申請します。

添付書類 ☐ 「よこはま小児がん経験者ドック」の基本項目受診に要する費用の額がわかる領収証

☐ 「よこはま小児がん経験者ドック」の基本項目受診に要する費用の額がわかる料金明細書

対 象 者	フリガナ		性 別	生 年 月 日		
	氏 名	☐ 同上	男 ・ 女	S・H・R 年 月 日		
	住 所	〒 電話番号				
助成金申請額		22,990 円				

振込先を以下のどちらかの欄に記入して下さい。

☐ ゆうちょ銀行以外の銀行口座へお振込み（普通口座のみ）

振 込 先	金融 機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店	普通口座 番号										
	口座名義（カナで記入）													

☐ ゆうちょ銀行へのお振込み（通常貯金のみ）

振 込 先	※漢数字三桁で記入 支店	通常 貯金	記号 番号						—							1
	口座名義（カナで記入）															

申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、記入してください。

私は、次の者によこはま小児がん経験者ドック受診費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
受任者（口座名義人）	委任者（申請者）
氏名	続柄
氏名	⑩

（同意事項）よこはま小児がん経験者ドック受診費用助成要綱を遵守します。

横浜市暴力団排除条例第 8 条に基づき、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。また、申請に疑義が生じた場合は、戸籍全部事項証明書等の提出に協力します。