

(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入ください。

生活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

レ

（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。

レ

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「乳幼児の代理人」に○をつけてください。

フリガナ 助成対象者本人 ・ 乳幼児の代理人

日 ○○年 ○○月 ○○日

フリガナ カシワ タロウ

助成対象者

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 口座番号	普通	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	カシワ ハナコ	
	当座								口座名義	柏 花子	
	貯蓄										

※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。

※総務企画課処理欄（記入しないでください）

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