

①④ ①坂田口麻呂記書類(通帳やキャッシュカードの写し等)  
②④ ①申請書、請求書本人確認資料の写し  
申請書、請求書の送付免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表裏)、年金手帳、介護保険証、バス乗降カード等の写しを提出ください。  
③④ ①母子健康手帳P16の写し(父母・母の情報が記載されているもの)  
②母の氏名等欄はご自身でご記入いただいたうえで、写しを提出ください。  
③母子健康手帳P16又はP21以降の西暦記載が改定されたページ(札幌市)の西暦記載が緑色で記入

☐ 上記理由により、添付書類のうち①及び②を添付して申請します。

通帳の写し又はキャッシュカードの写し等の振込口座が確認できる書類と、本人確認ができる書類を貼り付け欄の枠内に収まるように貼り付けてください。

(上記以外の書類や貼り付け欄の枠内に収まらないような場合は、ここに貼り付けず封筒にそのまま入れてください。)

**金融機関名・店名・店番号・口座番号・口座名義人(カナ)**が載っているページをコピーしてください。

大半の通帳では、表紙を開いた1ページ目にあります。

**○×銀行普通預金**

普通預金をご利用いただきありがとうございます。

お名前  
 シツロロ ハナコ 様

口座番号 〇五番目 発行日  
**001 1234567 〇-0-0**

郵便番号 〇五番目 郵便番号 〇五番目

---

**M ○ × 銀行**

お振込コード  
 銀行コード 0000

신청자의 본인확인서류 (재류카드,  
마이넘버카드, 건강보험증, 여권 등) 사본을  
붙입니다.

## OR

[illegible][illegible]

1 か月児健康診査				
(年)	月	日	時間	曜日
姓 名		性 別		
製 作		検 査 科		
受 産 状 況	胎 動	受 産 道	母 乳・養 命・人工乳	
飲 睡	更 寝 時			
特 記 事 項				
知 照 文 字 は 認 め ら れ ます				

**次の健康診査までの記録**  
(留めて保管した後、診療票に記入ししょう。)

年 月 日	月 齢	身 長	重 量	発 熱 等 他	母乳のみ 授乳回数
		cm	kg		