

新発田市 1 か月児健康診査費用助成金交付申請書

新発田市長 宛て

年 月 日

〒 -

申請者住所:新発田市

氏名

電話

医療機関等で受診した1か月児健診にかかる費用、金_____円について、助成を受けたいので申請します。

産婦氏名		生年月日	昭和・平成	年 月 日
ふりがな 新生児氏名		生年月日	令和	年 月 日
母子健康手帳 番 号		申請内容	□1か月児健康診査費用助成	
同意書	1か月児健康診査の受診にかかる費用の助成を受けるにあたり、必要がある時は、住民基本台帳の閲覧、受診医療機関等への支払内訳の確認など、関係部署等に確認することに同意します。 (妊産婦本人) 申請者署名:			
振込指定機関	銀行・信金 労金・信組 農協・漁協 ゆうちょ銀行	預金種別	口座番号	
		普通・当座		
	本店 支店	(ふりがな) 口座名義人		
委任(口座名義が本人以外の場合記入)	1か月児健康診査にかかる費用の払い戻しを受けるにあたり、上記の口座名義人に受領を委任します。 (妊産婦本人) 申請者氏名:			

注1 太枠欄は記入しないでください。

注2 次の書類を添付してください。

- ・医療機関等が発行する領収書と明細書
(領収書がない場合、裏面の「領収書のない受診日の支払い内訳表」を医療機関に記入してもらってください)
- ・母子健康手帳の1か月児健康診査ページの写し
- ・1か月児健康健康診査問診票

注3 確認が必要な場合は電話連絡しますので、日中連絡のとれる電話番号を記入してください。

申請額	円	決定額	円
申請受理日	年 月 日	決定日	年 月 日

裏面も御記入ください

1か月児健康診査費用の助成金交付申請に係る受診状況一覧

医療機関等発行の「領収書」「明細書」を確認してご記入ください。

(太枠内は市記入欄)

	受診年月日	実施機関名	自己負担額	助成対象額	備考
1か月児健康診査	年 月 日				

 <領収書がない場合>

下記を医療機関等で記入してもらってください(※領収書のない受診日の支払内訳表)

	受診年月日	健康診査費用負担額	左記以外の検査等、自由診療負担額(内訳)	助成対象額	備考
1か月児健康診査	年 月 日				

上記のとおり領収しました。

年 月 日

所在地
 名称
 代表者氏名

印