

様式第1号(第9条関係)

1か月児健康診査実施報告書兼料金助成申請書

年 月 日

宇城市長 様

申請者 住所
保護者氏名
母子手帳No.
電話番号

下記のとおり1か月児健康診査を受けましたので、健康診査料金の助成を申請します。

記

※1か月児健康診査受診証明書			
対象児 氏名		生年月日	年 月 日
住所			
受診日	検査料金	助成申請額	
年 月 日	円	円	
		合計金額	円
上記のとおり1か月児健康診査を実施したことを証明します。			
年 月 日			
医療機関 所在地			
名 称			
印			

- (注) 1 「※1か月児健康診査受診証明書」(太枠内)は、医療機関で記入してください。
- 2 「助成申請額」、「合計金額」の記載は不要です。
- 3 助成申請書は、1か月児健診受診日の翌日から6か月以内に提出してください。

様式第2号（第9条関係）

1 か月児健康診査料金助成請求書

金 額		百		千		円
-----	--	---	--	---	--	---

1 か月児健康診査料金助成として、上記の金額を請求します。上記請求に係る支払については、下記の口座に振り込んでください。

年 月 日

住 所

氏 名

印

宇城市長 様

振込口座	銀行等	銀行・農協 信用金庫	口座番号	普通 当座
		支店 支所	フリガナ 口座名義	
	ゆうちょ銀行	記号	フリガナ	
		番号	口座名義	

※訂正された箇所には、必ず同一印での訂正印を押印してください。

【提出書類】

- 1 か月児健康診査実施報告書兼料金助成申請書（様式第1号）
- 1 か月児健診の結果が記載された受診票
- 領収書の写し又は支払証明書（明細書もあればご提出ください）

【持参するもの】

- 1 通帳（見開き1ページ目のコピーでも可）
- 2 印鑑（認印可）

（注）不備があった際の確認や修正のためご持参ください。