契約医療機関(※)以外で1か月児健診を受診される方へ

1　受診前

宇城市保健福祉センターで必要書類をお渡しします。その後、医療機関を受診してください。宇城市が契約している下記医療機関以外で1か月児健診を受診される際は、一旦全額自己負担でお支払いいただきます。

※契約医療機関（R7.4 月現在）

■まつばせレディースクリニック（宇城市）　■田山産科婦人科医院（宇土市）

■片岡レディスクリニック（八代市）

【配布資料】

- ☐ 契約医療機関以外で1か月児健診を受診される方へ（この用紙）
- ☐ 1か月児健康診査受診票【★】
- ☐ 1か月児健康診査実施報告書兼料金助成申請書…①【★】
- ☐ 1か月児健康診査助成請求書…②
- ☐ ①･②の記入例【★】

【医療機関受診時】

左記のうち、【★】の書類を医療機関へ提出してください。

2　受診後

健診受診日の翌日から6か月以内に、必要事項が記載された下記書類を宇城市保健福祉センターに提出してください。期日を越えてしまうと、お支払いできませんのでご注意ください。

【宇城市保健福祉センターへ提出する書類】

- ☐ 1か月児健康診査受診票【★】（結果が記載されているかご確認ください）
- ☐ 1か月児健康診査実施報告書兼料金助成申請書【★】
  （医療機関とご本人の必要事項が記載されているかご確認ください）
- ☐ 領収書の写しまたは明細書
- ☐ 1か月児健康診査料金助成請求書（必要事項を記入してください）
- ☐ 通帳見開き1ページ目またはキャッシュカードのコピー

宇城市保健福祉センターでの手続き終了後、指定された口座へ振込みます。ただし、上限金額（※6,000 円）が決まっていますのでご了承ください。なお、口座振込まで1～2か月ほどお時間をいただきます。

問い合わせ先
宇城市保健衛生部健康づくり推進課
（宇城市保健福祉センター）
TEL：0964－32－7100

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№.
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、令和７年度宇城市１か月児健康診査助成事業実施要綱第９条の規定により健康診査料金の助成を申請します。

記

<table>
<tr><td colspan="5">※１か月児健康診査受診証明書</td></tr>
<tr><td>対象児
氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受診日</td><td>検査料金</td><td colspan="2">助成申請額</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>円</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>合計金額</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="5">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　　㊞</td></tr>
</table>

（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　　㊞

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 番号	フリガナ 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。

【必要書類】
１　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）
２　１か月児健診の結果が記載された受診票
３　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）
４　通帳（見開き1ページ目のコピーでも可）
５　印鑑（認印可）

記入例　※裏面もあります

様式第１号（第９条関係）

記載不要

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
申請者が記載

下記のとおり１か月児健康診査を受けましたので、令和７年度宇城市１か月児健康診査助成事業実施要綱第９条の規定により健康診査料金の助成を申請します。

記

赤枠内は医療機関にて記載

※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
	記載不要	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　㊞

（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		記載不要	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　　記載不要

住　　所

申請者が記載

氏　　名　　㊞

宇城市長　様

振込口座		
	銀行等	申請者が記載
	ゆうちょ銀行	申請者が記載 ※「ゆうちょ銀行」の場合は下段のみ記載

※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。

【必要書類】
１　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）
２　１か月児健診の結果が記載された受診票
３　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）
４　通帳（見開き1ページ目のコピーでも可）
５　印鑑（認印可）