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

|  |
| --- |
| ※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　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

（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　　　　　　　　　 | フリガナ口座名義 | 　 |
| 番号 |

**※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）**