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）**