様式第７号

１か月児健康診査支援事業助成金交付申請書兼請求書

福島県喜多方市長　　様　　申請日　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名（フリガナ）　　印

乳児との続柄（　　）

連絡先

関係書類を添えて下記のとおり１か月児健康診査費用の助成を申請します。

なお、本申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合については、喜多方市が確認を行うことに同意します。

フリガナ		生　年　月　日	
受診者（児）の氏名		年　　月　　日生	
受診日現在の住民票上の児の住所	〒		
振込先	※振込先口座の名義人は、申請者と同一でなければ振り込めませんのでご注意ください。		
	口座名義人	フリガナ	
	金融機関名	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号

１か月児健康診査年月日	年　　月　　日	
窓口負担額①	上限額②	申請額（①と②のうち少ない額）
円	円	円

【注意事項】

1　助成金額は、医療機関に支払った額全額ではなく、助成の対象となる検査内容について定められた上限額 6,000 円と窓口負担額を比較して少ない方の金額となります。

2　助成金の申請は、受診後６か月以内に行ってください。

【添付書類】

1　１か月児健康診査受診票（保護者記入欄及び医療機関記入欄に必要事項の記載があるもの）

2　医療機関が発行する領収書原本及び診療明細書（受診者氏名、保険適用外の１か月児健康診査であること、受診年月日、領収書金額及び医療機関名を確認できるもの）

3　母子健康手帳（１か月健康診査結果記入欄）

4　振込先口座番号等が分かる通帳

※　喜多方市使用欄　（申請者は記入しないでください）

審　査	助成決定額		円	助成決定月日	年　　月　　日
課　長	課長補佐	室　長	副主任技査	室　員	