

会津若松市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

1 か月児健康診査助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、本申請に関する事項で、確認が必要な場合は、会津若松市が確認を行うことに同意します。

受診者（児）の氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日
受診時の住所 ※申請者と異なる場合に記載	
保護者氏名 <small>フリガナ</small>	

【委任欄】※申請者本人以外の名義の口座を指定する場合は、下記に必要事項を御記入ください。

1 か月児健康診査の受診に要した費用に係る助成金の受領権限について

代理人氏名 _____ に委任いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 申請者氏名 _____

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

振込先	金融機関名		預金種別	口座名義	口座番号
	銀行	本店	普通		
	金庫	支店	当座		
	組合	出張所	その他		

【注意事項】

- 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。
- 助成金の申請は、受診後おおむね2か月以内に行ってください。

【添付書類】

	チェック	必要書類
必須		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
必須		② 医療機関が発行する領収書原本及び明細書 ※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
必須		③ 母子健康手帳の写し及び1か月児健康診査のページ
必須		④ 振込先口座番号等が分かる通帳又はキャッシュカード等の写し

※領収書を紛失した場合は、支払い証明が必要となります。

以下の各項目を医療機関から記入してもらうようにお願いします。

医療機関の皆様へのお願い

この申請書は、里帰り等により、全額自己負担で受診した1か月児健康診査について、受診後に費用の一部又は全額を補助するための申請書です。

申請者から依頼がありました際には、下記の項目について御記入くださいますよう、よろしくお願いたします。

医療機関記入欄	1か月児健康診査実施医療機関	1か月児健康診査受診年月日
	医療機関等の名称及び所在地	年 月 日
	開設者又は病院長名	領収金額（保険適用外分）
	印	円
	電話番号	