

岩見沢市1か月児健康診査費助成申請書

岩見沢市長 様

申請者 住所 〒

氏名

電話

健診を受けた者との関係

1か月児健康診査費用の助成について、下記のとおり申請します。

児の氏名			生年月日	年 月 日	
1か月児健康診査を受けた医療機関等					
医療機関等所在地					
健診実施日	年 月 日				
健診費用					
振込先	銀行	本店	種目	1.普通 2.当座 3.その他	
	信用金庫	支店	口座番号		
	農協	出張所			(左詰記入)
	(ふりがな)				
	口座名義人				
申請額 金 _____ 円					

* 申請額の上限は4,000円(子ども1人につき1回)となります。ただし、医療保険適応の場合は対象となりません。

* 申請者名と振込先の口座名義は同一にしてください。

* 申請期日は、健診を受けた日の翌日から1年以内です。

【こども未来課記入欄】

添付書類

医療機関が発行した領収書の原本

母子健康手帳の「1か月児健康診査」欄の写し、または受診内容を記載したものの写し

振り込みを希望する口座の通帳