

士別市1か月児健康診査料助成申請書

年 月 日

士別市長 様

申請者（乳児保護者）

住 所 士別市

1か月児健康診査に要した下記金額を、士別市委託外医療機関等妊産婦及び乳児健康診査健診料助成取扱要領第4条第2号の規定により申請します。

1. 1か月児健診を受けた者（乳児）

氏 名		住 所	
生年月日		健診を受けた 医療機関	

2. 請求内容

受診日	年 月 日（生後 日）		
自己負担額	円	助成申請額 （上限4,000円）	円

【添付書類】

- （1）1か月児健康診査料の領収書及び診療明細書
- （2）未使用の1か月児健康診査受診票並びに1か月児健康診査票
- （3）母子健康手帳のうち1か月児健康診査の結果が記載された部分の写し