

1 か月児健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

三春町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

1 か月児健康診査費用助成金の交付を受けたいので、三春町 1 か月児健康診査費用助成事業実施要綱の規定により、関係書類を添えて申請します。

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、三春町が確認を行うことに同意します。

受診者（児）の氏名 ふりがな		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 ふりがな			

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

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】

- 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, 0 0 0 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、健康診査を受診し検診料を支払った日の翌月から起算して 5 年以内以内に行ってください。

【添付書類】

	チェック	必要書類
必須		①1 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、よろしく願いいたします。

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	