

様式第1号（第8条関係）

袖ヶ浦市1か月児健康診査自己負担金助成申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

袖ヶ浦市が1か月児健康診査を委託する医療機関以外で、1か月児健康診査を受診したので、袖ヶ浦市1か月児健康診査事業実施要綱第8条第1項の規定により下記のとおり申請します。

申請者	氏名							
	生年月日				連絡先			
	住所							
お子さんの氏名					生年月日			
助成申請額								
金融機関名				店名		支店コード		
銀行・信用金庫 農協・信用組合				本店・支店				
口座種別	口座番号			フリガナ				
普通				口座名義人				
<p>【健診内容の照会に関する同意について】</p> <p>請求内容を審査及び保健指導に活用するため、袖ヶ浦市が受診医療機関に内容を照会することに同意します。</p> <p>年 月 日 申請者氏名 _____</p>								

【 添付書類 】

- 1 1か月児健診に係る委託外医療機関等が発行した健診費用の額が明記された領収書
- 2 未使用の問診票及び受診票
- 3 母子健康手帳の写し