

様式第1号（第4条関係）

にかほ市1か月児健康診査費助成申請書

年 月 日

にかほ市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

にかほ市1か月児健康診査費助成事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、次のとおり、関係書類を添えて助成を申請します。

交付申請額 _____ 円

受診者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	
	保護者氏 名		乳児との続柄		
健診年月日	年 月 日	健診受診 医療機関			
支払い金額	円	上限額	6,000円	助成決定額	円
同意書	私は当申請に対し、助成の適正を判断するために必要な場合は、医療機関に対する受診内容等の照合について同意します。 氏名				

【添付書類】

1. 母子健康手帳の1か月児健診受診結果の写し
2. 医療機関の発行する1か月児健診に要した領収書及び明細書
3. 問診票