**1か月児健康診査費用助成申請書**

別記様式第３号(第５条関係)

受付印

足利市長あて

　　　　　　　　　　申請者　　　 　郵便番号

現住所

氏　名

生年月日　　Ｓ・Ｈ　　　　年　　　　月　　　　日

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　（健診を受けた児）氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　令和　　　年　　　　　月　　　　　日

下記のとおり、委託契約外医療機関で受診しましたので、領収書の写しを添えて、1か月児健康診査費用助成申請をします。なお、必要時、市が受診医療機関に受診状況等の確認を行うことについて承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1か月児健康診査実施医療機関 | 名称 |  | 電話番号 |  |
| 所在地 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 受診日 | 助成申請額 |
|  |  |

　審査に必要な利用台帳、住民基本台帳（申請日現在）の閲覧に同意します。

署名

令和　　　年　　　月　　　日

<注意事項>

(1)1か月児健康診査に要した費用が限度額（4,000円）を超える場合は4,000円を限度に助成します。

(2)健康診査受診日から2か月以内に、こども相談課に提出してください。規定する期限を経過した申請は、受付できませんのでご了承ください。

(3)郵送された申請書に不備があった場合、確認の連絡を致しますのでご了承ください。

裏面の記入もお願いします。

（健管番号）

------市記入欄------

（担当者）

