

## 西予市1か月児健康診査費助成申請兼請求書

年 月 日

西予市長 様

申請者 住 所 西予市

氏 名

電話番号

西予市1か月児健康診査実施要綱第8条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり1か月児健康診査費の助成を申請します。

なお、当申請に係る審査に当たり、市長が住民基本台帳の閲覧を行うこと、又は関係機関に照会、確認することに同意します。

今回申請する検査費用について、他の市町村又は県において助成を受けていません。

|                |           |       |       |                   |      |   |  |  |
|----------------|-----------|-------|-------|-------------------|------|---|--|--|
| 検査受診者<br>(新生児) | 氏名        |       |       |                   |      |   |  |  |
|                | 生年月日      |       | 年     | 月                 | 日    |   |  |  |
|                | 申請者との続柄   |       |       |                   |      |   |  |  |
| 保護者            | 氏名        |       |       |                   |      |   |  |  |
|                | 生年月日      |       | 年     | 月                 | 日    |   |  |  |
|                | 住所 ※1     |       |       |                   |      |   |  |  |
| 検査日            | 年         | 月     | 日     | 自己負担額             | 金    | 円 |  |  |
| 申請額 ※2         |           |       |       | 円 (助成上限額 6,410 円) |      |   |  |  |
| 振込先口座          | 金融機関名     | 銀行    |       |                   | 本店   |   |  |  |
|                |           | 信用金庫  |       |                   | 支店   |   |  |  |
|                | 農協        |       |       | 支所                |      |   |  |  |
|                | 金融機関コード   |       |       |                   | 支店番号 |   |  |  |
| 預金種別           | 普通<br>当 座 | (カ ナ) | 口座名義人 |                   |      |   |  |  |
| 口座番号           |           |       |       |                   |      |   |  |  |

注 太枠の中をご記入ください。

※1 申請者と異なる場合を有する場合に記入してください。

※2 助成申請額は、自己負担額と助成上限額のうち、いずれか少ないほうの額になります。

(添付書類)

- 1 医療機関が発行する1か月児健康診査にかかる費用の領収書
- 2 西予市が発行した未使用の受診票
- 3 母子健康手帳の検査内容が記載された箇所の写し