

幼児健康診査費用助成事業申請書

令和 年 月 日

海田町長 様

海田町妊産婦及び乳幼児健康診査実施要綱第21条に基づき、請求書を添えて申請します。

申請者氏名		続柄	子の（ ）							
住所	海田町		電話							
対象児氏名			生年月日	年		月		日		
健診の種類	☐ 1歳6か月児健診 ☐ 3歳児健診 ☐ 5歳児健診									
健診料 及び健診日	合計	円								
	一般健康診査： 年 月 日 歯科健康診査： 年 月 日									
振込先	銀行 農協 金庫 組合		店 所	普通 当座	口座番号					
	口座名義人		フリガナ							
		氏名								

※口座名義人は申請者と同一人としてください。

※受診後はすみやかに申請してください。申請期限は、健診最終受診日（一般健診及び歯科健診のいずれか遅い方）から2か月以内です。

【注意事項】

この申請書には次の書類を添付してください。

- ① 医療機関等が発行した領収書及び明細書
- ② 親子健康手帳（母子健康手帳）該当頁の写し
- ③ 振込口座が確認できるもの（申請者名義の通帳またはキャッシュカード）

※①は原本の提出、②③は町でコピーしますので原本を持参してください。

請 求 書

金 額					円
-----	--	--	--	--	---

（債権の内容）海田町幼児健康診査費用助成事業

受診者氏名	
健診の種類	☐ 1 歳 6 か月児健診
	☐ 3 歳児健診
	☐ 5 歳児健診
健診内容	☐ 医科 受診日（ 年 月 日）
	☐ 歯科 受診日（ 年 月 日）

【内 訳】

8, 0 0 0 円× 回＝ 円

年 月 日

海 田 町 長 様

申請者

住所

氏名

印