

幼児健康診査申出書

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19条に基づき、次の通り申請します。

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		
申請理由	(集団健診の受診が困難な理由) ☐ 子どもに特別な配慮を要する ☐ 保護者に特別な配慮を要する		
医療機関名 (予定)	医 科		
	歯 科		

【注意事項】

※各健診の対象となる期間内に受診してください。受診後の健診費用の申請期限は、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。