

別記第2号様式（第9条関係）

1 か月児健康診査費償還払い助成金申請書兼請求書

年 月 日

石狩市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電 話  
子との関係 父 ・ 母 ・ 養育者（ ）

1 か月児健康診査費償還払い助成金の申請について関係書類を添えて次のとおり申請します。

|                                                                                                                                                             |                          |                          |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 母子健康手帳番号                                                                                                                                                    |                          |                          |       |
| フリガナ                                                                                                                                                        |                          | 生年月日                     | 年 月 日 |
| 子の氏名                                                                                                                                                        |                          |                          |       |
| 子の住所                                                                                                                                                        | 石狩市<br>※申請者と同じ場合は省略できます。 |                          |       |
| 医療機関名                                                                                                                                                       |                          |                          |       |
| 健 診 内 容                                                                                                                                                     | 健診日                      | 年 月 日 （生後 日目）            |       |
|                                                                                                                                                             | 健診結果                     | 1 異常なし（健康） 2 要観察（要支援・治療） |       |
| 健 診 料 金                                                                                                                                                     |                          | 円                        |       |
| 申 請 額                                                                                                                                                       |                          | 円                        |       |
| 下記を確認したうえで、□にチェックしてください。<br><input type="checkbox"/> 対象者等の確認のため、住民基本台帳を確認することに同意します。<br><input type="checkbox"/> 同一の検査に関して、他の市町村から同等の助成金の交付を受けていないことを誓約します。 |                          |                          |       |
| ※市記入                                                                                                                                                        |                          | 市による助成金の額                | 円     |

|                  |                    |         |      |     |  |
|------------------|--------------------|---------|------|-----|--|
| 振<br>込<br>口<br>座 | 金融機関名              |         |      | 支店名 |  |
|                  | 預金種別               | 当座 ・ 普通 | 口座番号 |     |  |
|                  | フリガナ               |         |      |     |  |
|                  | 口座名義人<br>※申請者と同一の方 | Ⓜ       |      |     |  |

添付書類 ☐①石狩市1 か月児健康診査受診票 【 有 ・ 未交付 】  
☐②健診の領収書のコピー（出産費用などに含まれている場合は、診療明細書のコピーなど  
健診料金が分かるものを添付してください。お産セット料金など、健診料金がわからな  
いものは助成対象外となります。）  
☐③健診の結果がわかるもの（母子健康手帳の1 か月児健康診査のページ写し）  
☐④その他市長が必要と認める書類