

大阪狭山市乳児健康診査受診費助成申請書

年 月 日

（あて先）大阪狭山市長

申請者 住 所

氏 名

㊟ 続柄（ ）

電話番号

次のとおり乳児健康診査受診費の助成を申請します。

受診者	住所			
	フリガナ			性別
	氏名			
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）		
乳児健康診査の種類 (申請する健康診査を○印 で囲んでください。)	1 乳児一般健康診査 2 乳児後期健康診査 3 新生児聴覚検査			
助成申請額				円

- 備考 1 実際に支払った健康診査受診費が別に定める助成の上限額を超えた場合は、当該上限額を助成申請額とします。
- 2 乳児一般健康診査受診票及び乳児後期健康診査受診票は、必ずこの申請書に添えて返納してください。

《医療機関記入欄》

健康診査の名称	受診年月日	領収額
乳児一般健康診査	年 月 日	円
乳児後期健康診査	年 月 日	円
新生児聴覚検査	年 月 日	円

上記金額を健康診査による自己負担額として領収したことを証明します。

年 月 日

所在地 〒

医療機関名

代表者名 ㊟

電話番号

※ これより以下は、記入しないでください。

助成決定日	年 月 日	助成決定額	円
健康診査受診票	有 ・ 無	返納年月日	年 月 日

大阪狭山市妊産婦及び乳児健康診査受診費助成請求書

年 月 日

（あて先）大阪狭山市長

請求者 住 所
氏 名 ⑩ 続柄（ ）
電話番号

次のとおり妊産婦及び乳児健康診査受診費の助成を請求します。

受診者	住所			
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）		
健康診査の種類 (請求する健康診査を○印で 囲んでください。)	1 妊婦健康診査 3 乳児一般健康診査 5 新生児聴覚検査	2 産婦健康診査 4 乳児後期健康診査		
助成請求額				円
振込先	金融機関名		支店名	
	口座種別		口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
	委任欄（振込先の口座名義人と請求者が異なる場合は、請求者の委任が必要です。必ず 請求者本人が記入の上、請求者の印と同じ印鑑を捺印してください。） 上記口座名義人に対して、健康診査費に係る助成金の受領を委任します。 請求者 ⑩			