

第3号様式（第9条関係）

1 か月児健康診査費助成金申請書

年 月 日

湧水町長 殿

湧水町1 か月児健康診査実施要綱第9条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり健康診査に係る助成金について申請します。

受診者氏名		生年月日		
受診者住所				
保護者氏名	㊞ 【電話番号】			
申請内容	項 目	受診年月日	申請額	決定額
	1 か月児健康診査	年 月 日	円	円
上記受診費に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。 受任者 住所 氏名 ㊞ 受診者との続柄				

処理欄（下枠内は記入不要）

決定年月日	年 月 日	支給決定額	円
-------	-------	-------	---

◎申請上の注意

- 1 この申請書は、湧水町民の方で、県外の医療機関（国内のみ）において、1 か月児健康診査を受診された方が健診費用に係る助成を受けるための書類です。
- 2 申請の際は、この申請書に医療機関発行の領収書及び母子健康手帳（の写し）と受診票を添付してください。
- 3 受診費に係る助成の申請は、1 か月児健康診査を受けた日からできます。申請期限は、受診日から起算して6 か月です。