

長岡京市1か月児健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）長岡京市長

申請者住所

氏名

連絡先

1か月児健康診査費用助成金の交付を受けたいので、長岡京市1か月児健康診査費用助成事業実施要綱第11条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。
 なお、助成金の交付決定に当たり、長岡京市が受診医療機関等に受診状況等を確認することに同意します。

受診者（児）の氏名	
受診者（児）の生年月日	年 月 日
自己負担額	円
	市確認欄 助成金額 円

※細枠内は記入しないでください

振込先口座	金融機関名		銀行 金庫 農協	支店 出張所名							本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号 (右詰め記入)								
	ふりがな										
	口座名義人										

※口座名義人は申請者(保護者)に限ります。

受付	
----	--

[添付書類]

- ①1か月児健康診査受診券（受診券の交付を受けた方のみ）
 ※ 助成金の交付申請に係る受診券については、「保護者記入欄」及び「医療機関記入欄」に必要事項の記載があるもの
- ②親子（母子）健康手帳
- ③ 医療機関等が発行する領収書原本
 受診者氏名、保険適応外の1か月児健康診査費用であること、受診年月日、領収書金額及び医療機関名等を確認できるもの
- ④ 1か月児健康診査実施証明書等（以下に当てはまる場合のみ）
 上記①について必要事項の記載がない場合に添付

[注意事項]

- 1 助成金額は、医療機関等に支払った額全額ではなく、助成の対象となる健康診査内容について定められた上限額と自己負担額を比較して低い方の金額になります。
- 2 助成金の申請は、健康診査を受けた日から起算して1年以内に行ってください。