

記入見本

第2号様式（第8条関係）

申請書を提出する日です。提出書類に不備があると受理できませんので、不明点があれば空欄のままご持参ください。

1か月児健康診査費給付申請書兼請求書（償還払用）

年 月 日

（宛先）焼津市長

住所 **焼津市本町5-6-1**  
申請者 氏名 **焼津 夢子** 印  
電話 **090-1111-2222**

印鑑を忘れずに。  
※シャチハタ不可

焼津市1か月児健康診査実施要綱第8条の規定により、健康診査費用の給付を  
ので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1か月児健康診査を受診した者	住 所	<b>焼津市本町5-6-1</b>
	氏 名	<b>焼津 未来</b>
	生年月日	<b>2025</b> 年 <b>3</b> 月 <b>1</b> 日
健康診査実施機関 （医療機関・助産所） 該当機関に○印を付けてください。	名 称	○○○産婦人科
	所 在 地	□□市△△1-2-3
	電話番号	<b>090-1234-5678</b>
受 診 日	申 請 額	
<b>2025</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日	円	

（添付書類）

- 1か月児健康診査に係る費用の支払を証する領収書
- 1か月健康診査の診査項目が分かるもの
- 母子健康手帳
- 焼津市から交付を受けた1か月児健康診査受診票

申請額は健診費用（自費）と助成上限額を比較していずれか低い額となります。保険診療によるものは対象外です。金額の訂正はできませんので、不明な場合は記入せずに提出してください。

<振込先口座>

口座振込先	金融機関名	<b>静岡</b>	支店名	<b>焼津</b>
金融機関名	口座種別	<b>普通</b> ・当座	口座番号	<b>1234567</b>
フリガナ	<b>ヤイツ ユメコ</b>			
口座名義	<b>焼津 夢子</b>			

【以下は、市記入欄ですので記入しないでください。】

領 収 金 額	円	受給者番号	
対象外の経費	円	給付決定年月日	年 月 日
給付対象経費	円	給付決定額	円