

つくば市長 宛て

保護者氏名

つくば市（1か月児・乳児）健康診査助成金請求書

つくば市（1か月児・乳児）健康診査助成金について、つくば市妊婦及び乳児の健康診査の実施並びに健康診査受診費用の助成に関する規則第8条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて請求します。

受診者	フリガナ 乳児氏名			生年月日		
	住所	〒 つくば市				
	電話番号					
受診 医療機関	医療機関名					
	住所				電話番号	
振込先金融機関		銀行 信用金庫 組合 本・支店				
口座の種別・口座番号		普通 ・ 当座				
フリガナ						
口座名義人						

請求の内訳	受診日	助成上限額		請求額 ※注	支払額(担当者記入欄)※注
		1か月児	6,000円	円	円
		第1回	6,000円	円	円
		第2回	6,000円	円	円
合計				円	円

※注 助成の対象となる費用は、1か月児健康診査及び乳児健康診査の費用のみとなりますので、請求額が助成上限額内であっても、実際の支払額が請求額と異なる場合があります。

受 付 者 対 応 欄	
添付書類	☐ 領収書 ☐ 受診票 ☐ 母子健康手帳の写し（ ☐ 「出生届出済証明」欄の写し ☐ 「健康診査記録」欄の写し）