

記入例

(表)

申請日

令和〇〇年 〇月 〇日

調布市長 宛

申請者 住 所 〒000-0000

調布市小島町〇—〇—〇

氏 名 調布 花子

電話番号 042(441)6081

受診者との続柄 母

申請者は、受診者(対象児)の保護者です。

調布市1か月児健康診査費用助成金交付申請書

調布市1か月児健康診査費用助成金について、次のとおり関係書類を添えて申請します。
また、この申請の内容について、公簿等との照合及び医療機関へ確認することに同意します。

申請者と同じ

同意欄 氏名 調布 花子

受 診 者 (対象児)	ふりがな	ちょうふ たろう		生 年 月 日	
	氏 名	調布 太郎	男 女	令和〇 年 〇 月 〇 日	
	住 所	〒000-0000 調布市小島町〇—〇—〇			
受 診 日		令和〇 年 〇 月 〇 日			
受診医療機関名		〇〇クリニック			
自己負担額 (領収書記載額)		7,000 円		(市処理欄) 助成額 円	
備 考					

受診票に記載のある検査項目が助成対象となります。保険適用額(薬代等)を除外した金額をご記入ください。

記入不要(市記入欄)
(助成限度額:6,000円)

振込先 (注)口座名義は、申

金 融 機 関 名	コード	0	0	0	0	支店名	コード	1	2	3
	〇〇銀行				〇〇支店					
預 金 口 座	普通・当座	口座番号	0	1	2	3	4	5	6	
フリガナ	チョウフ ハナコ									
口座名義	調布 花子									

申請者の口座を記入してください。

(裏)

〈必要書類〉

- 1 母子健康手帳のコピー(「出生届出済証明」、「1 か月児健康診査」の記録のページ。)
(分娩予定日が令和8年8月21日以降の方から出生した乳児で、令和8年4月から9月までに受診した場合は、分娩予定日がわかるページも要)
- 2 領収書の原本(1 か月健康診査の費用が含まれているもの)
- 3 明細書の原本(領収書の明細がわかるもの)
- 4 健康診査の結果が記載された1 か月児健康診査受診票の2枚目(請求原票・結果通知票)
- 5 キャッシュカード等のコピー(申請書の振込先に記入した口座番号のわかるもの)

〈注意事項〉

- 1 1人1回6,000円を上限に助成します。
- 2 対象は分娩予定日が令和8年8月21日以降の方から出生した乳児及び令和8年10月1日以降に1 か月児健康診査を受診した乳児です。
- 3 1 か月児健康診査受診票を公費で利用できない医療機関で、受診した場合に助成します。
- 4 生後28日から生後41日まで(出生日を0日目とする。)に受診し、受診時に調布市に住民登録があることが必要です。
- 5 申請期間は出生日の翌日から起算して1年間です。