

（表）

年 月 日

調布市長 宛

申請者 住 所 〒

氏 名

電話番号 ( )

受診者との続柄

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。

同意欄 氏名 \_\_\_\_\_

|                   |      |       |              |
|-------------------|------|-------|--------------|
| 受 診 者<br>(対象児)    | ふりがな |       | 生 年 月 日      |
|                   | 氏 名  | 男・女   | 年 月 日        |
|                   | 住 所  | 〒     |              |
| 受 診 日             |      | 年 月 日 |              |
| 受診医療機関名           |      |       |              |
| 自己負担額<br>(領収書記載額) |      | 円     | (市処理欄) 助成額 円 |
| 備 考               |      |       |              |

振込先 (注) 口座名義は、申請者のものに限りします。

|           |       |      |  |  |  |     |     |  |  |  |
|-----------|-------|------|--|--|--|-----|-----|--|--|--|
| 金 融 機 関 名 | コード   |      |  |  |  | 支店名 | コード |  |  |  |
|           |       |      |  |  |  |     |     |  |  |  |
| 預 金 口 座   | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |     |     |  |  |  |
| フ リ ガ ナ   |       |      |  |  |  |     |     |  |  |  |
| 口 座 名 義   |       |      |  |  |  |     |     |  |  |  |

(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, 0 0 0 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。