

下関市里帰り等乳児健康診査等助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）下関市長

下関市里帰り等妊産婦及び乳児健康診査事業に係る健康診査等費用助成要綱第6条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

申 請 者		受 診（検）者（乳 児）	
住 所		（ふりがな） 氏 名	
（ふりがな） 氏 名		申請者 との続柄	
電話番号		生年月日	年 月 日

健診・検査 医療機関等	名 称	電話番号
	所在地	

	受 診（検）日	申 請 金 額
新生児聴覚検査	年 月 日	円
1か月児健康診査	年 月 日	円
3か月児健康診査	年 月 日	円
7か月児健康診査	年 月 日	円
申請金額（合計）		円

注）太枠の中をご記入ください。

- （添付資料）
- 1 助成対象健診等と分かる領収書の原本
 - 2 下関市健康診査受診票・新生児聴覚検査受診票（同意書）及び連絡票
 - 3 母子健康手帳のうち助成対象健診等部分の写し