

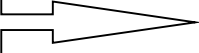
秋田市 1 か月児健康診査費用助成金申請書

(宛先) 秋田市長

※修正液、修正テープは使用できません。  
修正がある場合は、お書き直してください。

年 月 日

保護者が申請してください。  
申請者が請求者となります。



申請者

〒〇〇〇-〇〇〇〇

住所 秋田市八橋南一丁目〇番〇号

フリガナ 氏名 アキ タ ハナ コ 秋 田 花 子

電話番号 090-1234-5678

秋田市乳児健康診査（個別方式）実施要綱第 1 2 条の規定に基づき、関係書類を添えて、1 か月児健康診査費用の助成について申請します。

秋田市がこの申請に必要な情報について調査すること、医療機関等に 1 か月児健康診査について照会することに同意します。

双子などの場合は、受診者（児）1 人につき、1 枚ご記入ください。

受診者 (児)	フリガナ 氏名	アキ タ タ ロウ 秋 田 太 郎		生年月日	令和 8 年 4 月 1 日
	受診時の住所 ※申請者と異なる 場合に記載	〒〇〇〇-〇〇〇〇 秋田市山王一丁目〇番〇号		受診時点でお子さんの住民登録が秋田市にあるかたのみが助成の対象です。受診時点の住所を記入してください。	
1 か月児健康診査 実施医療機関	医療機関名	〇〇〇〇総合病院			
	住所	〇〇県〇〇市〇丁目〇番			
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
受診年月日	令和 8 年 5 月 1 2 日 ( 生後 4 1 日 )				
申請金額	自己負担額 (A)	5,600円	助成上限額 (B)	5,742円	
	申請金額 (AとBのうち)	令和 8 年度の助成上限額は、5,742円です。			5,600円

1 か月児健康診査費用の自己負担額（健康保険適用外であること、文書料を除く）をご記入ください。

令和 8 年度の助成上限額は、5,742円です。