

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

年 月 日

申請者 〒

住所 _____

フリガナ
氏名 _____

電話番号 _____

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。

受診者 (児)	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	受診時の住所 ※申請者と異なる 場合に記載	〒 秋田市		
1 か月児健康診査 実施医療機関	医療機関名 住所 電話番号			
受診年月日	年 月 日 (生後 日)			
申請金額	自己負担額 (A)	円	助成上限額 (B)	5,742円
	申請金額 (AとBのうち少ない額) 円			