

医療機関乳幼児健康診査 1回目 費用助成申請書

横浜市 市長

関係書類を添えて、医療機関乳幼児健康診査 1回目 費用の助成を申請します。
 横浜市がこの申請に必要な情報について調査すること、医療機関等に医療機関乳幼児健康診査 1回目 について照会することに同意します。
 なお、本申請にあたっては、「横浜市医療機関乳幼児健康診査 1回目 費用助成要綱」の内容を遵守します。

申請日	年 月 日
-----	-------

太枠の中をご記入ください。

母子健康手帳番号	
----------	--

(フリガナ)	()
申請者氏名	
生年月日	年 月 日生
住 所	〒 ー 横浜市
電話番号	ー ー <small>自宅・呼出・職場 携帯・PHS・滞在先()</small>

振 込 先	金融機関名	銀行 本店 信金 支店 信組 出張所 農協	捨 印
	預金種別	1 普通 2 当座 (いずれかに○)	
※1	(フリガナ)	()	
	口座名義人		
※1	口座番号	(右づめで記入)	

申請者本人以外の口座に振り込むときは下記の委任についてご記入ください。

私は、次の者に医療機関乳幼児健康診査 1回目 費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
住所	
受任者 氏名 (口座名義人)	委任者 氏名 (申請者) ⑧

【注意】 訂正する場合は「＝(二重線)」で訂正し、訂正箇所に申請者印を押印してください。
 修正テープ、修正液等による訂正はできません。

※1 振込先がゆうちょ銀行の場合には、振込用の店名・口座番号を確認してご記入ください。

ご提出いただいた個人情報は、医療機関乳幼児健康診査 1回目 費用助成の申請状況を管理するために電子計算機処理を行います。横浜市個人情報の保護に関する条例第10条第1項ただし書きに定める場合を除き、医療機関乳幼児健康診査 1回目 費用助成事業以外の目的で利用することはありません。

受 理 印
印

**裏面に申請する医療機関乳幼児健康診査 1回目 費用の受診・
 支払状況を記入してください。**

＜申請できる場合＞

- ① 横浜市の医療機関で受診した場合

受診年月日	医療機関乳幼児健康診査 1回目 受診時の自己負担額
____年 ____月 ____日	_____円

子の生年月日	子の氏名
____年 ____月 ____日	_____

本申請書には、次の書類を添付してください。

- 助成を申請する病院及び診療所が発行する申請対象となる健康診査に係る費用が含まれる領収書等のコピー（氏名、健診費用、健診日、医療機関名の記載されたもの）
※領収書の詳しい内容がわかるもの（明細書のコピー等）がお手元にあれば併せてご提出ください。
- 未使用の医療機関乳幼児健康診査受診票 1回目
- 振込先金融機関名・口座番号・口座名義人が分かるもののコピー（旧姓不可）
- 横浜市乳幼児健康診査（1か月児健診）診察票の写し（医師が内容を記載したもの）

提出先・問い合わせ先
〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10
横浜市こども青少年局 地域子育て支援課
医療機関乳幼児健康診査事業担当
Tel 045-671-2455/Fax 045-550-3946