

1 か月児健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 京都市長

申請者
住 所

氏 名
生年月日
電話番号

1 か月児健康診査費用助成金の交付を受けたいので、1 か月児健康診査費用助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、本申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合については、京都市が受診医療機関に受診状況等の確認を行うことに同意します。

受診者（児）の氏名	
受診者（児）の生年月日	年 月 日
自己負担額	円

【委任欄】※ 申請者本人以外の名義の口座を指定する場合は、下記に必要事項を御記載ください。

1 か月児健康診査の受診に要した費用に係る助成金の受領権限について

代理人氏名 _____ に委任いたします。

年 月 日

申請者氏名 _____

[添付書類]

- (必須) ① 1 か月児健康診査受診券（受診券の交付をされた方のみ）
※ 助成金の交付申請に係る受診券については、「受診者記入欄」及び「医療機関等記入欄」に必要事項の記載があるもの
- (必須) ② 医療機関等が発行する領収書原本及び明細書（全員）
※ 受診者氏名、保険適応外の1 か月児健康診査であること、受診年月日、領収書金額及び医療機関名を確認できるもの
- (必須) ③ 母子健康手帳の写し「1 か月児健康診査」（全員）
- (必須) ④ 振込先口座番号等が分かる通帳又はキャッシュカード等の写し（全員）
- ⑤ 1 か月児健康診査受診証明書（以下に当てはまる場合のみ）
※ 上記①、②について必要事項の記載がない場合、領収書の紛失等により②を添付できない場合に添付

[注意事項]

- 助成金額は、医療機関に支払った額全額ではなく、助成の対象となる検査内容について定められた上限額 5,475 円と自己負担額を比較して少ない方の金額になります。
- 助成金の申請は、受診者（児）が出生した日から1年以内に行ってください。