

様式第1号（第5条関係）

遠野市入院治療等の理由による乳幼児健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

遠野市長 様

申請者 下

(保護者) 住所

氏名

(受診者との続柄)

電話番号 (日中連絡先)

遠野市入院治療等の理由による乳幼児健康診査費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり医療機関における乳幼児健康診査の受診を希望するため、当該健康診査費用助成金の交付を申請します。

記

対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 遠野市			
	フリガナ				
	乳幼児氏名				
	生 年 月 日	年	月	日	
受診を希望する 医療機関名			所在地	市・町・村	
受診を希望する 乳幼児健康診査 の種類及び受診 予定日	<input type="checkbox"/> 3～5か月児健康診査	年	月	日	予定・未定
	<input type="checkbox"/> 6～8か月児健康診査	年	月	日	予定・未定
	<input type="checkbox"/> 1歳6か月児健康診査	年	月	日	予定・未定
	<input type="checkbox"/> 3歳児健康診査	年	月	日	予定・未定
医療機関での 受診を希望する 理由	<input type="checkbox"/> 入院中のため (入院理由) <input type="checkbox"/> 経過観察中で主治医のもとへ定期通院しているため (通院理由) <input type="checkbox"/> 上記以外 ()				
備 考	市の保健指導の希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※保健指導を希望される方は希望する指導内容をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 計測 <input type="checkbox"/> 離乳食指導 <input type="checkbox"/> 歯科指導 <input type="checkbox"/> 育児支援				

※1 この申請のみで乳幼児健康診査費用の助成を受けることはできません。医療機関へ乳幼児健康診査費用の全額を支払った後で、改めて償還払いの手続きが必要になります。

※2 保健指導を希望される方には、別途日程を通知します。