

（宛先）山形市長

〒  
申請者 住所 \_\_\_\_\_  
フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

## 山形市1か月児健康診査補助金交付申請書兼請求書

私は、令和8年度山形市1か月児健康診査事業実施要綱第10条第1項の規定に基づき、1か月児健康診査補助金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、当該補助金の交付の決定に当たり、受診者の住民基本台帳について調査することに同意します。

※裏面の注釈をお読みの上、太枠の中を御記入ください。

受診者 (児)	フリガナ 氏名		生年月日	令和 年 月 日
	受診時の住所 <small>※申請者と異なる 場合に記載</small>			
保護者	フリガナ 氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日

※補助金の交付の対象となる1か月児健康診査は、委託医療機関以外の医療機関において山形市1か月児健康診査票を使用せず受診した健康診査です。

1か月児健康診査 実施医療機関名	所在地	電話番号

1か月児健康診査年月日		
令和 年 月 日		
窓口負担額 (A)	上限額 (B)	申請 (請求) 額 (AとBのうち少ない額)
円	4,000 円	円

補助金振込先							
金融機関名		預金種目	口座名義	口座番号			
銀行 金庫 組合	店	1.普通	フリガナ				
	支店	2.当座	-----				
	出張所	3.その他					

## 市記載欄

起案年月日		收受印
決定年月日		
通知年月日		
決定金額		
受給者番号		

- 注) 1 委託医療機関以外で自己負担により1か月児健康診査を受けた場合に、健康診査費用に係る補助金の交付申請及び請求ができます。
- 2 補助金の上限額は、4,000円です。
- 3 補助金の振込先の金融機関は、申請者名義の銀行口座を御記入ください。
- 4 補助金の申請期限は、1か月児健康診査を受けた日の翌日から起算して6か月を経過した日が属する月の末日までです。

(添付書類)

- 1 医療機関が発行した領収書(保険適用外の1か月児健康診査費用であり、その領収印があるもの)
- 2 診療明細書の写し
- 3 1か月児健康診査の結果が記載されている母子健康手帳「1か月児健康診査」のページの写し
- 4 先天性代謝異常検査及び新生児聴覚検査の結果が記載されている母子健康手帳「検査の記録」のページの写し
- 5 診査票(児氏名を記入したもの)

領収書を紛失した場合は、支払証明が必要になります。

以下の各項目を医療機関から記入してもらうようにお願いします。

医療機関の皆様へのお願い

この申請書は、山形市民が里帰り等により、全額自己負担で受診した1か月児健康診査について、受診後に費用の一部又は全額を補助するための申請書です。

申請者からの依頼がありました際には、以下の項目について御記入くださいますよう、よろしくお願いいたします。

医療機関記入欄	1か月児健康診査実施医療機関	1か月児健康診査受診年月日
	医療機関等の名称及び所在地	令和 年 月 日
	開設者又は病院長名	領収金額(保険適用外分)
	印	円
電話番号		

※ 医療機関等の名称及び所在地につきましては、スタンプを御利用願います。