

年 月 日

泉大津市長様

申請者 住 所 泉大津市

氏 名 (印)

電話番号

子どもの氏名

生年月日 年 月 日

泉大津市乳児健康診査助成金交付申請(請求)書

次の通り、必要書類を添付のうえ乳児健康診査助成金の交付を申請(請求)します。

1. 乳児一般健康診査を府外の医療機関で受診された方

受診医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			
受診日	年 月 日			
領収証書記載金額	円	泉大津市助成金額 (この欄は記入しないで下さい)	円	

2. 乳児後期健康診査を府外の医療機関で受診された方

受診医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			
受診日	年 月 日 (生後 か月 日)			
領収証書記載金額	円	泉大津市助成金額 (この欄は記入しないで下さい)	円	

受診日	上限助成金額(乳児一般・乳児後期ともに)
平成31年4月～令和元年9月まで	6,394円
令和元年10月～令和2年3月	6,512円
令和2年4月～令和4年3月	6,578円
令和4年4月以降	6,925円

※下回る場合は領収証書の金額となります。また、助成対象は健診分のみです。投薬料など治療費は対象外になります。

- (添付書類)
- 乳児一般健康診査受診票または、乳児後期健診(9か月～1歳未満用)受診票
 - 当該医療機関発行の領収書(原本)
 - 母子健康手帳 該当ページの写し

振込希望 金融機関	銀行・信金 農協	口座種別	普通 当座
	(支店)	口座番号	
		口座名義(カタカナ)	

※支店名も必ずお書きください。ゆうちょ銀行に振込希望で支店名がわからない場合は記号番号もお書きください。

※泉大津市処理覧

申請番号	年度	交付・不交付決定年月日	交付金額	受付者
NO.		年 月 日	円	