

年 月 日

中山町 1 か月児健康診査費用償還払申請書

中山町長 様

申請者（請求者）
住所 中山町
氏名
電話番号

1 か月児健康診査の償還払いを申請したいので、中山町 1 か月児健康診査実施規程第 8 条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。
この申請に必要な 1 か月児健康診査の内容を中山町が医療機関等に確認することに同意します。

健診を受けた お子さん	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
保護者 ※申請者と同じ場合は 省略可	氏名	
	電話番号	
実施医療機関名 及び所在地		
1 か月児 健康診査 実施内容	受診日	健診費用（自己負担額）
	年 月 日	円
申請額 ※町負担上限額：6,000 円	円	
添付書類	☐ 領収書 ☐ その他（ ）	

- ・申請者は保護者名でご記入ください。支給決定後、申請者名義の口座に振り込みいたします。
- ・申請時、健康診査の結果が記載された母子手帳等をご持参ください。