

乳児(1か月児)健康診査の記載例
(令和6年4月2日以降に生まれた方)

我孫子市妊産婦・乳児健康診査等助成金交付申請書

申請する日付

令和6年 ○月 ○日

我孫子市長 あて

申請者は子の
保護者様です

住 所 我孫子市我孫子1858

申請者 氏 名 我孫子 花子

電話番号 04-7185-1126

太枠をご記入ください。
※記載方法がわからない場合は健康づくり
支援課(04-7185-1126)にお問い合わせください。

妊産婦・乳児健康診査等の受診料の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者	フリガナ	アビコ タロウ	生年月日 (年齢)	令和6年 4月 2日 (0歳)
	氏 名	我孫子 太郎		
	住 所	我孫子市我孫子1858		
受診施設	名 称	〇〇病院	乳児健診を受診した お子さんの 氏名・生年月日・住所	
	所 在 地	〇〇県〇〇市〇〇1-2-3		
	電 話 番 号	012-345-6789		

妊婦健康診査申請内訳(助成額の欄は、記入しないでください。)

票種	券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)	票種	券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)	乳児健診を受診した 病院		
										年 月 日	円	円
A票	3	年 月 日	円	円	C-1票	G	年 月 日	円	円	年 月 日	円	円
B票	D	年 月 日	円	円	C-1票	8	年 月 日	円	円	年 月 日	円	円
B票	E	年 月 日	円	円	C-1票	K	年 月 日	円	円	年 月 日	円	円
B票	H	年 月 日	円	円	C-1票	9	年 月 日	円	円	年 月 日	円	円
B票	L	年 月 日	円	円	C-1票	M	年 月 日	円	円	年 月 日	円	円
C-1票	6	年 月 日	円	円	C-2票	F	年 月 日	円	円	-	-	-
C-1票	7	年 月 日	円	円	C-2票	N	年 月 日	円	円	-	-	-

産婦健康診査申請内訳(助成額の欄は、記入しないでください。)

券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)	券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)
1回目 (2週間)	年 月 日	円	円	2回目 (1か月)	年 月 日	円	円

乳児健康診査申請内訳(助成額の欄は、記入しないでください。)

券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)	券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)
1回目 (1か月)	年 月 日	円	円	2回目 (3~6か月)	年 月 日	円	円
3回目 (9~11か月)	年 月 日	円					

新生児聴覚スクリーニング検査申請内訳(助成額の欄は、記入しないでください。)

券種	受診日	支払金額	助成額 (市記入欄)
1回目 (50日目まで)	年 月 日	円	円

添付書類

- 妊婦健康診査、産婦健康診査若しくは乳児健康診査又は新生児聴覚スクリーニング検査の受診料に係る領収書
- 未使用の妊産婦・乳児健康診査等受診票(ただし、多胎妊娠をしている妊婦の場合を除く。)
- 母子健康手帳の妊娠中の経過又は妊産婦・乳児健康診査等の受診履歴が分かるページの写し
- その他市長が必要があると認める書類