

香美町長 様

## 香美町1か月児健康診査費助成申請書（償還払い方式）

香美町1か月児健康診査費助成事業実施要綱第9条第2項に基づき、下記のとおり申請します。

記

## 保護者記入欄

受診者氏名		受診者 生年月日	年 月 日
申請者氏名		電話番号	TEL: ( )
申請者住所	〒 ー 香美町		
健診実施機関			
健診受診年月日	年 月 日		

※健診に要した費用について下記の振込先に入金願います。

振 込 口 座 名	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・( )	支店 出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号
	フリカ、ナ		
	口座名義		

添付書類 健診費用に係る領収書と明細書（原本）、母子健康手帳、振込先口座情報のわかるもの

※ 振込先口座は申請者名義と同じ口座名義のものとしてください。

## 医療機関記入欄（健診実施機関において記載してください。）

健診に要した費用 ※裏面をご参照ください。

金 円

内 容	★実施した項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 問診（栄養法、育児環境、心配事等） <input type="checkbox"/> 身体測定（身長、体重、頭囲） <input type="checkbox"/> 診察（身体状況、疾病及び異常の有無、栄養状態の確認等） <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査、先天性代謝異常検査の実施状況の確認、結果説明 <input type="checkbox"/> ビタミンK2投与の実施状況の確認、必要があれば投与
健診結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 既医療（ ） <input type="checkbox"/> 要観察（ ） <input type="checkbox"/> 要紹介（要精密検査・要治療）⇒（紹介先： ）

健診に要した費用は上記の通りです。

令和 年 月 日

所 在 地 .....

医療機関名 .....

## 香美町1か月児健康診査費助成事業（償還払い方式）について

香美町では、1か月児健康診査の助成を行っています。  
費用をお支払いされた方には、申請により健診費用を全額助成（償還払い）します。

### 医療機関のみなさまへ

- ① 香美町の方が1か月児健康診査を受けられる場合は、自費にて健診、検査を受けていただくこととなります。
- ② 1か月児健康診査を全額費用助成しますので健診に要した金額を「香美町1か月児健康診査費助成申請書（償還払い方式）」の「医療機関記入欄」に必要事項を記入し保護者に渡してください。

### 保護者のみなさまへ

- ① 1か月児健康診査を受診する際は、「香美町1か月児健康診査費助成申請書（償還払い方式）」の「保護者記入欄」を記入し、医療機関に持参してください。
- ② 医療機関の窓口で、「香美町1か月児健康診査費助成申請書（償還払い方式）」の記入を依頼してください。
- ③ 受診後、一旦窓口で健診にかかった費用を自己負担していただきます。後日、振込先の口座情報を記入して、下記に申請してください。指定された口座に健診にかかった費用を振り込みさせていただきます。

### 【申請の必要なもの】

- ① 香美町1か月児健康診査費助成申請書（償還払い方式）
- ② 母子健康手帳
- ③ 医療機関が発行した領収書及び明細書
- ④ 振込先口座情報のわかるもの

### 申請先・お問い合わせ先

- 香美町役場 健康課健康増進係 TEL:0796-36-1114(直通)
- 村岡地域局 地域生活係 TEL:0796-94-0321(代表)
- 小代地域局 地域生活係 TEL:0796-97-3111(代表)