

奈良市1か月児健康診査費用還付申請書

年 月 日

(宛先)奈良市長

申請者(児の養育者)の住所

氏名

生年月日 S・H 年 月 日

連絡先() -

次のとおり、1か月児健康診査費用の還付を申請します。

なお、申請内容審査のため、奈良市が転入前住所の市町村へ受給状況や医療機関等へ受診内容の照会をすることについて同意します。

1、受診者

ふりがな		生年月日	R 年 月 日
受診者氏名			

2、受診機関

受診機関名称		受診機関所在地	都・道 府・県
--------	--	---------	------------

3、受診日及び健診費用、申請額

受診日(生後日数)	健診費用 実際に医療機関で 支払った費用	申請額(助成額) 上限6,000円
R 年 月 日(生後 日)	円	円

※申請額(助成額)は1か月児健康診査に要した費用(健診費用)で、上限6,000円です。

4、振込先【申請者(児の養育者)本人の口座に限ります】

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
		☐ 普通 ☐ 当座		
金融機関 コード	支店コード (店番)			

(添付書類)

- ・1か月児健康診査受診券
- ・1か月児健康診査にかかる領収書と診療明細書(※)の写し(医療保険適用外)
※1か月児健康診査費用であることが分かる場合は、領収書のみで可。
- ・母子健康手帳の「表紙」と「1か月児健康診査」のページの写し、又は1か月児健康診査受診結果用紙の写し
- ・振込口座のわかるもの(通帳またはキャッシュカード)の写し

【問い合わせ・送付先】

〒630-8122 奈良市三条本町13番1号
奈良市 母子保健課
電話 0742-34-1978