

市川市長

市川市乳児一般健康診査料 交付金申請書兼請求書

下記のとおり、関係書類を添えて、乳児一般健康診査の受診に要する費用の給付を申請します。

フリガナ	イチカワ ハナコ	申請日（西暦）	1 か月児健診を申請する場合は 2025年4月1日生まれからが対象 ※2025年3月31日までの出生は 対象外です！
申請者 （養育者）	市川 花子	電話番号	
住所	272-0013 千葉県市川市南八幡4-18-8保健セン		2025年4月2日
フリガナ	イチカワ タロウ	生年月日 （西暦）	
受信者氏名 （子）	市川 太郎		

健診の種類	健診日	申請額
1 か月児健診	2025年5月10日	（上限6,000円です） 円
3～6 か月児健診		
9～11 か月児健診		

申請時には、  
金額は未記入でお願いします。

3～6 か月児、9～11 か月児は、  
2024年4月1日以降に母子手帳の  
交付を受けた児が対象です

領収書の返送希望（郵送の場合のみチェックしてください）

上記の申請を可とする旨の決定をした場合にあっては、下記の口座に交付金を振り込んでください。

金融機関コード	ゆうちょ	銀行 信金 信組 農協	支店コード	五八四					本店 支店 出張所	
0009			584	5	5	6	6	7	7	8
預金種別	1. 普通 2. 当座		口座番号							
フリガナ	イチカワ ハナコ									
口座名義人	市川 花子									

※ 裏面をお読みいただき、□にチェック、署名日、署名をご記入ください。

以下は記入しないでください

申請者と異なる口座名義であって  
も、裏のチェックがあれば委任状  
は必要ありません。

裏面の「誓約・同意事項」の  
チェック、署名日（申請日と  
同じ日）、署名も忘れずに！

- ・未
  - ・申請書兼請求書□（申請者以外の振込口座名義の場合は委任状□）
  - ・返信用封筒□
- ※外国籍の方：通帳見開きページの写し□

**【誓約・同意事項】**

- (1) 市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金の交付要件を確認するため、市川市が必要な情報を公簿や医療機関等で確認を行うことに同意します。
- (2) 公簿や医療機関等で確認することができない場合は、関係書類を提出します。
- (3) 申請内容に偽り又は相違があり、市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金の交付要件に該当しないことが判明した場合には、交付済みの市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金を速やかに返還します。
- (4) この申請書は、市川市において交付決定した後は、市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金の請求書として取り扱います。
- (5) 市川市が交付決定をした後、申請（請求）の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、市川市が申請・請求者への確認に努めたにもかかわらず、当該申請・に連絡・確認できない場合に、交付（払い戻し）金が交付されないことに同意します。
- (6) 口座名義人カナ欄に申請者以外の者を記入したときには、申請者が口座名義人に市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金を受領する一切の権限を委任することに同意します。

誓約・同意事項に同意します。

署名日 **2025年5月30日**

署名 **市川 花子**

市川市長

市川市乳児一般健康診査料 交付金申請書兼請求書

下記のとおり、関係書類を添えて、乳児一般健康診査の受診に要する費用の給付を申請します。

フリガナ		申請日(西暦)	年	月	日
申請者 (養育者)		電話番号	-	-	
住 所	〒 市川市				
フリガナ		生年月日 (西暦)	年	月	日
受診者氏名 (子)					

健診の種別	健診日	申請額 (領収金額)
1か月児健診	年 月 日	(上限6,000円です) 円
3～6か月児健診	年 月 日	円
9～11か月児健診	年 月 日	円

領収書の返送希望 (郵送の場合のみチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 返送を希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

上記の申請を可とする旨の決定をした場合にあっては、下記の口座に交付金を振り込んでください。

金融機関コード	銀行・信金 信組・農協	支店コード	本店 支店 出張所
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

次ページの誓約・同意事項に同意し、  
署名日、署名を記載してください。

申請受付日	/	申請受付者	来所者	父・母・児( )・その他( )
-------	---	-------	-----	-----------------

○をつけて確認

添付	記入	本人確認
母子健康手帳 (表紙・健診結果記入の頁の写し)	乳児健診申請書	1点確認 運転免許証 マイナンバーカード パスポート 障害者手帳 特別永住者証明書 在留カード その他 ( )
病院の領収書・診療明細書 (原本もしくは原本確認の上写し)	返信封筒	2点確認 健康保険書 (国保・健保) 児童扶養手当証書 共済組合の組合証 年金手帳 法人発行の身分証明書 (顔写真付) その他 ( )
受診票 (R7.3以前の母子手帳交付の方は不要) ※外国籍の方：通帳見開きページ		

**【誓約・同意事項】**

- (1) 市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金の交付要件を確認するため、市川市が必要な情報を公簿や医療機関等で確認を行うことに同意します。
- (2) 公簿や医療機関等で確認することができない場合は、関係書類を提出します。
- (3) 申請内容に偽り又は相違があり、市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金の交付要件に該当しないことが判明した場合には、交付済みの市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金を速やかに返還します。
- (4) この申請書は、市川市において交付決定した後は、市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金の請求書として取り扱います。
- (5) 市川市が交付決定をした後、申請（請求）の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、市川市が申請・請求者への確認に努めたにもかかわらず、当該申請者に連絡・確認できない場合に、交付（払い戻し）金が交付されないことに同意します。
- (6) 口座名義人カナ欄に申請者以外の者を記入したときには、申請者が口座名義人に市川市乳児一般健康診査料自己負担金交付（払い戻し）金を受領する一切の権限を委任することに同意します。

誓約・同意事項に同意します。

署名日

---

署名

---