

市川市母子健康診査受診費自己負担金交付金等申請書兼請求書

以下のとおり、関係書類を添えて母子健康診査の受診に要する費用の給付を申請します。

1. 申請する健診

- 産婦健康診査 新生児聴覚スクリーニング検査 乳児一般健康診査 (1か月 3~6か月 9~11か月)
※原則、産婦健康診査の申請者は受診者(産婦)、新生児聴覚スクリーニング検査及び乳児一般健康診査は保護者(養育者)となります。

2. 申請者

		申請日	令和	年	月	日
フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
申請者※		電話番号	—	—		
現住所	〒	—				
	市川市					
受診日住所	〒	—				
	同上					

3. 受診者及び受診結果

1) 産婦健康診査

フリガナ						生年月日	令和	年	月	日
受診者氏名 (産婦)						昭和・平成	年	月	日	
受診日	2週間	令和	年	月	日	申請額 (市記入)	2週間			
	1か月	令和	年	月	日		1か月			

2) 新生児聴覚スクリーニング検査

フリガナ						生年月日	令和	年	月	日
受診者氏名 (乳児)						令和	年	月	日	
検査実施日	令和	年	月	日	申請額 (市記入)	円				

3) 乳児一般健康診査 (1か月 3~6か月 9~11か月)

フリガナ						生年月日	令和	年	月	日
受診者氏名 (乳児)						令和	年	月	日	
検査実施日	令和	年	月	日	申請額 (市記入)	円				
	令和	年	月	日						
	令和	年	月	日						

3. 振込先

金融機関コード				支店コード				預金種別			
								普通・当座			
口座番号				フリガナ							
				口座名義人							

4. 誓約・同意事項

- 市川市母子健康診査受診費自己負担金交付(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することに同意します。
- 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。
- 申請内容に偽り、または相違があり市川市母子健康診査受診費自己負担金交付(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、交付済の市川市母子健康診査受診費自己負担金交付(払い戻し)金を速やかに返還します。
- この申請書は、市川市において交付決定した後は、市川市母子健康診査受診費自己負担金の請求書として取り扱います。
- 市川市が交付決定した後、申請(請求)の不備による振込不能等の事由により支払いが完了せず、かつ市川市が申請・請求者への確認を努めたにも関わらず、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。
- 口座名義人欄に申請者以外の者を記入した時には、申請者が口座名義人に市川市母子健康診査受診費自己負担金交付(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。

署名日	令和	年	月	日	署名	
-----	----	---	---	---	----	--

以下は記入しないでください

受付日	令和	年	月	日	受付者		受付場所	本庁	・	保セ	・	南セ	・	郵送
健診コード(母)							健診コード(子)							