第１号様式

松戸市健康診査・検査費助成申請書

＜申請年月日＞　　年　　月　　日

（宛先）松戸市長

松戸市の契約する医療機関等以外及び受診票を持参せずに下記健診・検査を受診したので助成金を申請します。また、松戸市がこの申請に必要な情報について、調査及び医療機関等に照会することに同意します。

申請する健診 （該当にチェック）	☐ 妊婦健康診査　☐ 産婦健康診査　☐ １か月児健康診査 ☐ 新生児聴覚ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ検査　☐ 乳児健康診査		
申請者 （妊産婦等※1）	フリガナ	**生年月日**	年　月　日
		電話番号 （日中の連絡先）	

※1 原則、申請者は「妊婦・産婦健診」は受診者（妊産婦）、「新生児聴覚検査・乳児健診・１か月児健診」は保護者（父母等）となります。

健診時の住所	松戸市
現　住　所	同上
母子健康手帳交付年月日	年　月　日

提出書類 （書類が整っているか、ご提出前にご確認ください）	☐ 医療機関等交付の領収書及び明細書の**原本**（返却希望　有・無） ☐ 母子健康手帳の表紙・検査、健診等の記録（写し） ☐ 未使用の医療機関委託健康診査**受診票原本（母子健康手帳別冊）** （※産婦健診・１か月児健診は、医療機関等の記載欄に記入が必要） ☐ 振込先金融機関等の預金通帳等（写し） ☐ 委任状（申請者と振込先名義人名が違う場合） ☐ その他

※この、助成金の支給申請期限は、健康診査・検査受診日より２年間となります。

振込先	**金融機関名**			**支店名**						
	口座種別	（普）	**口座番号**							
	フリガナ									
	口座名義人									

■「新生児聴覚ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ」・「乳児健康診査」・「１か月児健康診査」の場合は下記も記入

お子様の氏名	フリガナ
生 年 月 日	年　月　日

・・・・・・・・・・・・・・・・・ここから下は記入しないでください・・・・・・・・・・・・・・・・・

受付日

受付者

請求金額	円