

弘前市長 様

令和8年度弘前市1か月児健康診査費用助成金交付申請書

令和8年度弘前市1か月児健康診査費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍等の確認及び医療機関等へ受診等の確認を行うことに同意します。

※太枠内のみご記入ください。

(フリガナ)		対象児との続柄
申請者氏名		
申請者住所		
電話番号		
(フリガナ)		生年月日
対象児氏名		年 月 日
対象者住所	(申請者住所と異なる場合のみ記入)	
受診医療機関名		

【添付書類】

<input type="checkbox"/>	未使用の「1か月児健康診査 問診票及び受診票」
<input type="checkbox"/>	1か月児健康診査に要した経費の領収書及び医療費明細書の写し
<input type="checkbox"/>	母子健康手帳の写し <ul style="list-style-type: none"> ・出生届出済証明（1ページ） ・早期新生児期【生後1週間以内】の経過（17ページ） ・検査（先天性代謝異常等検査／新生児聴覚検査）の記録（18ページ） ・保護者の記録（1か月頃）と1か月児健康診査の実施記録（22～23ページ）
<input type="checkbox"/>	通帳の写し等振込先がわかるもの（申請者名義であること）

弘前市処理欄			
受診日	助成上限額	助成対象経費	助成額
年 月 日	6,000 円	円	円

提出先：弘前市こども家庭センター
 （弘前市健康こども部こども家庭課母子保健係）
 〒036-8003 弘前市大字駅前町9番地20 ヒロロ3階
 電話：0172-33-1652