

1 か月児健康診査受診結果記入書

※確認のため、医療機関に問い合わせをさせていただくことがあります。

また、審査の結果、助成対象外となることもありますのでご注意ください。

申請者の氏名		新生児の氏名	
受診日 (令和8年10月 以降が助成対象)	年 月 日	負担額	円

交付決定額 (職員記載欄)	円
------------------	---