

乳児一般健康診査県外受診申請書

(あて先)津市長

申請者 年 月 日

住 所(住民票のあるところ)

〒 津市

氏 名 (続柄) 電話番号 ()

※日中、連絡のつきやすい番号を記入して下さい。

乳児一般健康診査を県外で受けたいので下記のことを理解したうえで申請します。

◎本申請書の情報を健康診査事業に使用することに同意します。

◎県外で希望する健康診査を○で囲んでください。※本年度内に健診できるものに限りです。

4か月児健診	10か月児健診
--------	---------

※下記についてもご記入ください。

フリガナ 該当者氏名	男・女	生年月日	(年 月 日 歳 か月)
該当者住所 (住民票)	◎申請者の住所と同様の場合は記載の必要はありません。		
滞在先住所	〒 (様方) 電話番号		
滞在予定期間	まで		
健診予定日	◎手続きに2週間程度要しますので、その期間を考慮して記載してください。		
医療機関 (施設)名	名称 所在地 〒 電話番号		
津市で受けられない理由			

* 保健センター処理欄

<申請受理前後の確認事項>

- ☐ 1 滞在期間・滞在理由を確認(津市に戻って来てからの健診の不可)
- ☐ 2 滞在先市町村の公費負担(無料)で受診できる乳児健診の有無 (※不明の場合は滞在先市町村へ確認)

☐ 有	●時期 :	☐ 4 ・ 10か月 → ☐ 公費負担希望→処理担当(地区担当) ☐ 県外助成希望 →3へ
	●方法 :	☐ それ以外() → ☐ 公費負担希望→処理担当(地区担当) ☐ 県外助成希望→担当相談
☐ 無→3へ		

- ☐ 3 県外助成申請を受理 → ☐ 窓口申請 ☐ 電話申請
- ☐ 4 対象児ミサリオ確認 整理番号((受付印)
- ☐ 5 申請説明
- ☐ 6 GP母子個人画面への入力

対応者(HC;)

乳児一般健康診査県外受診申請取下げ書

年 月 日

年 月 日付けで提出した乳児一般健康診査の県外受診申請を取下げします。

申請者(保護者) 住所			
氏名			
受診者名		生年月日	年 月 日
取り下げする 乳児健診	4か月	10か月	
※記入代理人		※続柄	

※ 申請者の記入ができない場合には、記入代理人欄もご記入ください。