

明石市1か月児健康診査費助成券（記入見本）

助成券（表面）

明石市1か月児健康診査費助成券

（利用期間：生後28日～生後6週末満まで、助成上限額6,000円）
※市外に転出すると使用できません

枠の中にシールを貼ってください

①シールを必ず貼付してください。

医療機関記入欄のため、記入しないでください。

医療機関記入欄のため、記入しないでください。

上記の1か月児健康診査費を助成します。

明石市長 明石市 長大印

健診を受けられる児の保護者の方へ
受診前に裏面の問診票を記入してください。

助成券（裏面）

明石市1か月児健康診査問診票

【主にお子さんのお世話をなさっている方へ】
お子さんやご家族の様子について、黒の水性または油性ボールペンで、
裏へはつきり記入してください。口には、あてはまる数字を入れてください。 ※太枠内は必ず記入してください。

氏名（記入者） 明石 花子 母・父・その他（ ）

出生時の状態 39 週 2987 g

①記入者の氏名と、お子さまの在胎週数・出生時体重を記入してください。

②健診実施日の前日または当日に、25項目全ての質問に対して、あてはまる欄にチェックまたは数字を記入してください。

③内容を確認のうえ、氏名を記入してください。

＜同意欄＞
この健診等の結果について、明石市へ送付されることに同意します。
不正使用が発覚した場合は、使用助成金額をすべて返還します。

署名 明石 花子

◆助成対象について ※必ずご確認ください

対象者：令和7年4月1日（火）以降に出生し、明石市に住民票のある乳児

利用期間：生後28日～生後6週末満まで

利用回数：乳児1人につき、1回限りです。