

様式第1号（第3条・第6条関係）

新宮町長 様

年 月 日

新宮町1か月児健康診査費助成申請書兼結果報告書

1か月児健康診査は、任意の健康診査であることを理解した上で、新宮町1か月児健康診査費助成事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり健康診査の助成申請及び検査結果を報告します。

乳児 (受診者)	(フリガナ)		
	名 前		
	生年月日	年	月 日生
保護者 (申請・報告者)	(フリガナ)		
	名 前		
	続 柄		
住所	新宮町 (電話 — —)		
健康診査実施日	年 月 日		
健康診査の結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 () <input type="checkbox"/> 要精密 () <input type="checkbox"/> 要医療 () <input type="checkbox"/> 治療管理中 ()	検査費用	_____円 (上限4,000円)
特記事項			
検査実施医療機関	所在地 名 称		