

～県外で1か月児健康診査を受けられるかたへ～

明和町1か月児健康診査助成金の交付申請手続きのお知らせ

県外の医療機関で1か月児健康診査を受ける場合は、健診費を一時立替払いをお願いします。
下記の必要書類をご準備し、健診後6か月以内に申請して下さい。

★申請先：明和町保健センター（TEL 60-5917）

★持参するもの

- ①明和町1か月児健康診査助成金交付申請書（申請書は明和町保健センターにあります）
- ②1か月児健康診査受診票（両面）（判定及び所見等記入済みのもの）
- ③1か月児健康診査費用がわかる領収書、明細書（原本）（領収印、医療機関名の記載があるもの）
- ④印鑑
- ⑤口座番号のわかるもの
- ⑥母子健康手帳

★1か月児健康診査の助成額

上限6,000円で一人につき健診1回（6,000円に満たない場合はその額）

※下記の医療機関は契約をしておりますので、明和町1か月健康診査助成金交付申請の手続きは必要ありません。

・中村レディースクリニック	埼玉県羽生市中岩瀬612
・羽生総合病院	埼玉県羽生市上岩瀬551
・足利赤十字病院	栃木県足利市五十部町284番地1
・佐野厚生総合病院	栃木県佐野市堀米町1728

《注意》1か月健康診査を行わない医療機関もあります。健診を希望する場合は保健センターへご相談ください。