

様式第1号（第6条関係）

1か月児健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

久喜市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

久喜市1か月児健康診査費助成金の交付を受けたいので、久喜市1か月児健康診査費助成金交付要綱第6条第1項の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、市が受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

受診した 乳児	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
受診した医療機関 等の名称				
受 診 日	年 月 日			
支 払 額	円			
申 請 額 (上限額: 4,000円)	円			

(添付書類)

- 1 1か月児健康診査を受けた医療機関等において発行された当該検査費用の領収書
- 2 1か月児健康診査の受診日及びその結果が記載された母子健康手帳の写し
- 3 その他市長が必要と認める書類