

様式第 1 号（第 5 条関係）

尾鷲市 1 か月児健康診査費補助金交付申請書

令和 年 月 日

尾鷲市長 様

申請者(保護者)住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

尾鷲市 1 か月児健康診査費補助金の交付を受けたいので、尾鷲市 1 か月児健康診査費補助金交付要綱第 5 条の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、私は、この申請に基づく補助金の交付手続きに際し受給資格確認のため、市が住民基本台帳の情報を調査すること及び必要に応じて受診医療機関に問い合わせることに同意します。

健診を受けた児	住所	※申請者と同じ場合は不要
	氏名	
	生年月日	令和 年 月 日

受診年月日	医療機関名	受診費用(実費)	補助限度額	補助額
年 月 日		円	円	円
補助申請額				円

添付書類	<input type="checkbox"/> 1. 医療機関発行の領収書の原本又は写し <input type="checkbox"/> 2. 受診を証明する書類 (1 か月児健康診査受診票兼結果票、母子健康手帳)
------	---