

第 2 号様式（第 1 0 条関係）

綾瀬市 1 か月児健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）綾瀬市長

住 所 綾瀬市

申請者 氏 名

電話番号 ()

綾瀬市 1 か月児健康診査費用助成事業実施要綱第 1 0 条に基づき、証明書類を添えて次のとおり申請します。なお、助成金支払事務に当たり、市が住民基本台帳を確認すること及び領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。

母の氏名等	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	綾瀬市		
受診券番号			出産日	年 月 日
子の氏名等	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
申請理由	1 委託外の医療機関等で 1 か月児健康診査を受診したため。 理由：□里帰り ：□その他 () 2 1 か月児健康診査費用が受診券記載金額未満であったため。 3 その他 ()			
医療機関名		所 在 地		
		電話番号 ()		
受診日	年 月 日			
健康診査費用	円			
助成申請額	円			

- 添付書類 ☐ 1 か月児健康診査に係る費用の領収書
- ☐ 未使用の受診券
- ☐ 1 か月児健康診査の結果が確認できる書類（母子健康手帳等）