

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

鶴ヶ島市 1 か月児健康診査助成金交付申請書

鶴ヶ島市 1 か月児健康診査助成金の交付を受けたいので、鶴ヶ島市 1 か月児健康診査助成金交付要綱第 6 条の規定により次のとおり申請します。なお、助成要件確認のため、市が保有する住民基本台帳等の確認及び医療機関等に照会することについて、同意します。

受 診 し た 乳 児	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	年 月 日
受 診 医 療 機 関	医 療 機 関 名	
	住 所	
受 診 日	年 月 日	
支 払 額	円	
助 成 申 請 額 (上限 4, 0 0 0 円)	円	

※ 添付書類

- 1 か月児健康診査に要した費用に係る領収書の写し
- 母子健康手帳の写し（乳児の氏名及び受診内容が記載された部分）