

第1号様式（第6条関係）

伊奈町1か月児健康診査費助成金交付申請書

(宛先)
伊奈町長

年 月 日

住 所 伊奈町中央五丁目179番地
申請者 ^{イナ マチコ}伊奈 町子
受診児との続柄 (母)
電 話 048-720-5000

※職員から案内が
ありましたらご記入
ください。

1か月児健康診査を受診しましたので、伊奈町1か月児健康診査費助成金交付要綱第6条第1項の規定に基づき、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あたり、確認等が必要な場合には、1か月児健康診査を受診した医療機関又は助産施設に対し、町が問い合わせることに同意します。

受診児	氏名	伊奈 花子	生年月日	令和〇年1月1日
	住所	伊奈町中央五丁目179番地		
受診医療機関又は助産施設	名称	伊奈レディースクリニック		
	住所	伊奈町中央四丁目355番地		
	電話番号	048-721-2111		
受診日	令和〇年 2 月 1 日 (生後 1か月 0日)			
判定	異常なし ・ その他 ()			
健診費用	10,000 円			
交付申請額	※未記入でお願いします X 円			

注1 申請書には次に掲げる書類を添付してください。貼らずにお持ちください

- (1) 1か月児健康診査の受診日及びその結果が記載されている書類
(母子健康手帳の写しなど)
- (2) 1か月児健康診査の受診に際し負担した費用の額を確認することのできる書類
(受診した医療機関の名称及び当該受診の日が明記された領収書など)
- (3) 1か月児健康診査助成券

注2 この申請書を提出する際には、母子健康手帳を持参してください。