

様式第 1 号（第 5 条関係）

坂戸市 1 か月児健康診査助成金交付申請書

年 月 日

坂戸市長 あて

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

助成金の交付を受けたいので、坂戸市 1 か月児健康診査助成金交付要綱第 5 条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、私は、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、受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

記

|              |      |              |       |
|--------------|------|--------------|-------|
| 対象児の氏名       |      | 対象児の<br>生年月日 | 年 月 日 |
| 受診した<br>医療機関 | 名 称  |              |       |
|              | 住 所  |              |       |
|              | 電話番号 |              |       |

| 項目        | 支払額 | 基準額        | 備考 |
|-----------|-----|------------|----|
| 1 か月児健康診査 | 円   | 4, 0 0 0 円 |    |

注 1 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- ( 1 ) 受診した医療機関が発行した領収書の写しその他の 1 か月児健康診査の受診に要した費用の額を確認することができる書類
- ( 2 ) 母子健康手帳のうち対象児の氏名及び受診内容が記載された部分の写し

注 2 この申請書の提出は、1 か月児健康診査を受診した日から起算して 1 年以内に行ってください。