

1 か月児健康診査県外受診者補給金交付申請書

次のとおり伊勢崎市1 か月児健康診査県外受診者補給金交付要綱第6条第1項の規定により、補給金の交付を申請します。

なお、1 か月児健康診査県外受診者補給金の交付に必要な事項として、市が住民基本台帳を閲覧することに同意いたします。

（宛先）伊勢崎市長

年 月 日

申請者住所	〒		
ふりがな		電話 番号	( ) —
申請者氏名			
ふりがな		生年月日（受診児）	
受診児氏名		年 月 日	
医療機関名			
受診日	年 月 日		
健康診査料	円 ※健康診査に直接要した費用		
交付申請額	円		
添付書類	<input type="checkbox"/> 1 か月児健康診査の受診票 <input type="checkbox"/> 1 か月児健康診査の領収証の写し <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類		