別記様式第４号（第７条関係）

年　　月　　日

　関市長　様

関市１か月児健康診査費用助成金交付申請書

　関市１か月児健康診査費用助成金の交付を受けたいので、関市１か月児健康診査費用助成事業実施要綱第７条第１項の規定により、関係書類を添付して申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　 |
| 住所 |  |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　－ |
| 児の氏名 | 氏名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　月　　日 |
| 医療機関等名及び所在地 |  |
|
| 助　成　額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　円（上限２，０００円） |
| 関係書類 | （１）　受診票（２）　母子健康手帳（３）　受診料を支払ったことが分かる書類（４）　その他市長が必要と認める書類 |