

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6,000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			