

第2号様式（第9条関係）

大磯町1か月児健康診査助成金交付申請書

年 月 日

大磯町長 殿

住 所 _____
 申請者 氏 名 _____
 電話番号 _____

大磯町1か月児健康診査の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象者	フリガナ			母子健康手帳No.
	氏名	生年月日	年 月 日	
	住所			
申請理由	該当するものをレ点でチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 里帰り先等で1か月児健康診査を受けたため <input type="checkbox"/> 1か月児健康診査費用が、6,000円未満であったため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
実施日	年 月 日	費用	円	
助成金申請額				円
同意欄	助成金の交付決定にあたり、町職員が住民基本台帳を確認すること、また、領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。 氏 名 _____			

（以下は記入しないでください。）

申請書受理年月日	年 月 日	申請番号	
大磯町への住民登録日	年 月 日	申請の1か月児健康診査実施日に大磯町に住所を有している。	