

年 月 日

鳩山町1か月児健康診査助成金交付申請書

鳩山町長 宛て

住 所
申請者 氏 名
電話番号

1か月児健康診査を受診しましたので、鳩山町1か月児健康診査助成金交付要綱第11条第1項の規定に基づき、次のとおり申請及び請求します。なお、本申請に基づく助成金支払事務に当たり、町が住民基本台帳等の確認及び受診医療機関等に受診状況等の確認をすることに同意します。

対象児	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	鳩山町	
受 診 日	年 月 日		
受診医療機関等	名 称		
	所 在 地	電話番号	
負 担 額	円		
交 付 申 請 額	円		

添付書類

- ・母子健康手帳
- ・健診に係る領収書及び明細書（原本）
- ・その他町長が必要と認めるもの