様式第１号（第７条関係）

熊谷市１か月児健康診査助成金交付申請書

年　　月　　日

熊谷市長　宛

申請者　　住　所

〒

氏　名

熊谷市１か月児健康診査助成金の交付を受けたいので、熊谷市１か月児健康診査助成金交付要領第７条第１項の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には市が受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

受診した乳児	ふりがな		生年月日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	〒 熊谷市	
受診した医療機関等の名称			
受診日		年　　月　　日	
支払額			
申請額 （上限額：６，０００円）			