

別記様式（第 5 条関係）

三島市指定外医療機関等における 1 か月児健康診査補助金交付申請書

年 月 日

三島市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

三島市指定外医療機関等における 1 か月児健康診査補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 交 付 申 請 額 円（上限 6,446 円）

2 乳 児 の 氏 名

3 乳 児 の 生 年 月 日 年 月 日

4 1 か月児健康診査を受けた医療機関等 名 称
所在地

（注）

- 1 交付申請額は、支払額が上限額を超えるときは上限額を、支払額が上限額に満たないときは、当該支払額を記入してください。
- 2 次の書類を添付してください。
 - (1) 母子健康手帳
 - (2) 1 か月児健康診査に要した費用の領収書
 - (3) 1 か月児健康診査受診票

三島市 記入欄	受診票	領収書	記録確認（母子健康手帳）