

様式第1号（第5条関係）

（あて先）相生市長

相生市1か月児健康診査費助成券交付申請書

下記のとおり、1か月児健康診査費助成券の交付を申請します。
なお、資格認定については、住民情報による住所等の調査を承諾します。

		申請年月日	年	月	日
申請者	(フリガナ)				
	保護者氏名				
	生年月日	年	月	日	
	住所	相生市	電話	-	-

*太枠内を記入してください。

住所確認及び助成券交付状況欄

住所確認	申請の住所で住民登録をしているかどうか	有・無
妊娠届出確認	有・無 (出産予定日： 年 月 日) (母子健康手帳交付番号：)	
助成券を受領しました。		年 月 日
		氏名