様式第１号(第９条関係)

令和　　年　　月　　日

美里町長　上田　泰弘　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　美里町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

母子手帳No．

　　　　　　　　　　　　　　　　対象児　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出生日　令和　　年　　月　　日

１か月児健康診査費助成事業申請書

次のとおり１か月児健康診査を受けましたので、美里町１か月児健康診査費助成事業実施要綱第９条の規定により申請します。

　１か月児健康診査受診状況及び助成申請額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診日 | 受診に要した費用 | 助成申請額 |
| 令和　　年 　月 　日 | 円 | 円 |

※助成申請額は、受診に要した費用又は助成限度額（４，０００円）のいずれか低い額を記入してください。

　１か月児健康診査実施医療機関等

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 | 　　　　　　　　　　　　 電話( 　 ) 　 -　　　 |