

第3号様式（第7条）

記入例

乳児健康診査助成金交付申請書

日付は空欄

年 月 日

（あて先）印西市長

印西市乳児健康診査実施要綱第7条第4項の規定により助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 (保護者)	住 所	印西市大森〇〇〇〇-〇	
	氏 名	印西 花子	
	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇	
乳 児	氏 名	印西 太郎	
	生年月日	〇〇 年〇〇 月〇〇 日	
申請区分 (〇をして下さい)	3～6か月 9～11か月		
申請の理由	① 里帰り出産等の理由により、医療機関委託乳児健康診査票が使用できない医療機関を受診したため 2 その他 ()		
助成申請額	空欄		円

※ 添付書類 母子健康手帳の写し
医療機関等の領収書
使用しなかった医療機関委託乳児健康診査受診票