

里帰り等による1か月児健康診査助成金交付申請書（令和7年度単価分）

令和 年 月 日

（あて先）伊東市長

私は、里帰り等による1か月児健康診査助成金の交付について以下のとおり申請します。

※枠内をご記入の上、押印してください。

ふりがな				昭和 年 月 日 平成	
申請者氏名	⑩				
ふりがな				令和 年 月 日	
受診者氏名					
住 所	伊東市				
電 話					
1か月健診	受 診 日	申請額	助成限度額	市処理欄	
	令和 年 月 日	円	6, 446 円	受診票	決定額
				回収	円
審査に必要な公簿の閲覧に同意 します しません （いずれかに○をしてください） （同意がない場合は、住民票の添付が必要になります。）					

⑩

市処理欄	住民登録日	年	月	日	
	母子手帳交付日	年	月	日	
	転出年月日	年	月	日	交付決定額 円