

記入例

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 8 月 10 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。

ふりがな	いとう やえ			認印(スタンプ印以外)を押印してください。	
申請者氏名	伊 東 八 重	伊東印	生年月日	◆年 1 月 1 日 平成	
ふりがな	いとう ちづる				
受診者氏名	伊 東 千 鶴		生年月日	令和 □ 年 1 月 10 日	
住 所	伊東市 大原2-1-1				
電 話	0557-32-1582				
1か月健診	申請額は「支払金額」と「助成限度額」のいずれか低い金額をご記入ください。			市処理欄	
	令和□年 2 月 10 日	6,446 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。）					

市処理欄	住民登録日	年	月	日	捨印を押印してください。	伊東印
	母子手帳交付日	年	月	日		
	転出年月日	年	月	日	交付決定額	円