

(あて先)

年 月 日

鎌倉市長様

〒

住所

申請者  
(保護者)

氏名

電話番号

対象児との続柄

関係書類を添えて、乳児健康診査費の補助金の交付を申請します。  
なお、補助金の交付決定にあたり、必要があるときは、鎌倉市が住民票記載事項について確認すること及び領収書の内容等について、医療機関等に確認することに同意します。

受診児	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所			

健診の種類 (いずれかに ○及び記入)	4か月児健康診査	年 月 日受診	月齢: か月 日	①受診票 ②領収書
	お誕生日前健康診査	年 月 日受診	月齢: か月 日	①受診票 ②領収書

受診 医療機関	受診理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医のため <input type="checkbox"/> 里帰り中のため <input type="checkbox"/> その他( )
	医療機関名	
	所在地	

銀行名	口座名義(カタカナ)	申請金額	円
支店名	口座番号 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		

(注) 必ず①受診票と②領収書を添付してください。

市役所使用欄

受付印	A 申請額	領収書	B 委託額	A・Bのいずれか ≤ 補助額 円
		適		
		不適		→ 補助不可