

様式第1号（第6条関係）

1か月児健康診査補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）藤岡市長

申請者 住所
氏名
電話番号

藤岡市1か月児健康診査補助金交付要綱第6条の規定に基づき補助金の交付を申請します。

なお、申請を行うにあたり、市が私の住民基本台帳情報の閲覧や1か月児健康診査を受診した医療機関に内容確認を行うことを承諾します。

1か月児	氏名	
	住所	藤岡市
	生年月日	年 月 日
受診した医療機関の名称		
1か月児健康診査受診日	年 月 日	

*市処理欄

申請受理日	年 月 日
交付決定日	年 月 日