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	
補助対象者の要件	☐ 令和6年4月1日以降に出産し、群馬県外に所在する医療機関において1か月児健康診査を受診した1か月児の保護者 ☐ 令和6年3月31日までに出生し、令和6年4月1日以降に医療機関で1か月児健康診査を受診した1か月児の保護者 ※該当するものにチェック（✓）	

*市処理欄

申請受理日	年 月 日
交付決定日	年 月 日