

1 か月児健康診査費助成申請書

袋井市長

記入をしないで  
ください

年 ~~〇~~ 月 ~~〇~~ 日

袋井市に住所を有  
する保護者の氏名等  
を御記入下さい

申請にお越しいただいた際  
に、領収書を確認して記載  
しますので、記入をしない  
でください

申請者 住所 袋井市久能 1-1-1  
氏名 袋井 太郎  
電話 0538-55-5555

袋井市 1 か月児健康診査費助成事業実施要綱第 6 条の規定により、健康診査費用の  
助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|                     |         |                |
|---------------------|---------|----------------|
| 健 康 診 査 に 要 し た 費 用 |         | <del>〇</del> 円 |
| 健康診査を受けた医療<br>機関    | 名 称     | 健康マタニティクリニック   |
|                     | 住 所     | 袋井市久能 2-2-2    |
| 健 康 診 査 を 受 け た 日   |         | 令和 7 年 5 月 1 日 |
| 健康診査を受けた者           | 氏 名     | 袋井 花子          |
|                     | 生 年 月 日 | 令和 7 年 4 月 1 日 |

申請時お名前が決まって  
いない場合には、生年月  
日のみ御記入下さい