別記様式（第６条関係）

日南町生後1か月母子健康診査費用助成金交付申請書

　　　年　　　月　　　日

日南町長　様

申請者　 住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

日南町生後1か月母子健康診査費用助成実施要綱第６条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

助成金交付申請額　　　金　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 母　　　　　　　 |  | 　　　　子 |  |
| 1か月健診受診日 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 交付申請（請求）額 | 円 | 円 |
| 出産日 | 年　　　　　月　　　　　日 |

添付書類 　領収書等

注意事項　　申請額の上限は母子の健診費用を合計して７，０００円、支給回数は１回のみとします。

※1か月児が多胎の場合、2人目以降については1人につき３，０００円を加算した額を上限とします。

　　　　　　申請は、母子ともに健診が終了した日より１年以内に行ってください。

※これより下は、役場記入欄です。

|  |
| --- |
| 日南町生後1か月母子健康診査費用助成実施要綱第７条の規定により、次のとおり交付決定してよろしいか伺います。年　　　月　　　日 |
| 交　付　金　額 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 町長 | 副町長 | 課長 | 合 議 | 主査 |
|  |  |  |  |  |