

狛江市長 宛て

申請者 郵便番号：  
住所：  
氏名：  
（対象児との続柄： ）  
電話番号：

狛江市多胎児移動支援助成金交付申請書

狛江市多胎児移動支援助成金について、狛江市多胎児移動支援助成金交付要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 対象者（保護者）

(ふりがな) 氏名	
住所	

2 3歳未満の子供

(ふりがな) 氏名及び 生年月日		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

3 受診し、又は利用した市の事業

事業名及び 実施日		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

4 添付書類 ※□にチェックを入れてください。

- 乳幼児健康診査等利用時のタクシーの領収書
- 母子健康手帳の乳幼児健康診査等の記録が記載されている箇所の写し

5 同意事項

私は、市が助成金の審査に必要な範囲で、市で保有する事業の実施記録若しくは住民基本台帳を閲覧し、又は関係機関に対して照会することに同意します。

年 月 日 対象者氏名 印