



申請日

令和 年 月 日

狛江市長 宛て

- ★ の部分はすべて記入が必要です。
- 本申請書の申請者名と請求書の申請者名および口座名義は同一者で記載。
- 訂正箇所は二重線をひき、下欄の印と同じものを訂正印として押す。

★ 申請者 郵便番号：201-0013

住所：狛江市元和泉□-□-□

氏名：狛江 花子

(対象児との続柄： 母)

電話番号：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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	(こまえ はなこ) 氏名 狛江 花子
★ 住所	狛江市〇〇〇□-□-□

2 3歳未満の子供

3歳未満の多胎のお子さんについてご記入ください。

★ (ふりがな) 氏名及び生年月日	(こまえ たろう) 狛江 太郎	令和□年 □月 ■日
	(こまえ じろう) 狛江 次郎	令和□年 □月 ■日
		年 月 日

3 受診し、又は利用した市の事業

申請する領収書分、ご利用事業名と日付をご記入ください。

★ 事業名及び実施日	予防接種	令和□年 □月 □日
	3～4 か月児健診	令和□年 □月 □日
	わいわいキッズ	令和□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。

レ点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。

★ 令和□年 □月 □日 対象者氏名 狛江 花子

申請日