

1か月児健康診査受診証明書

年 月 日

(宛先) 京都市長

実施医療機関等

住 所

名 称

代表者名

電話番号

次の者について、下記のとおり1か月児健康診査を実施したことを証明します。

1 健診を受けた児

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			

2 助成金の交付を申請する1か月児健康診査費用

健康診査費用	円
--------	---