

栄養食品支給申請書

年 月 日

(宛先) 川崎市保健所長

住所 川崎市 区  
申請者 氏名 印

次のとおり関係書類を添えて申請します。

|        |             |    |        |
|--------|-------------|----|--------|
| 乳<br>児 | 氏名          | 男女 | 生年月日   |
|        | 年 月 日生      |    |        |
|        | 住所<br>川崎市 区 |    |        |
| 世帯員氏名  |             | 続柄 | 生年月日   |
|        |             |    | 年 月 日生 |
|        |             |    | 年 月 日生 |
|        |             |    | 年 月 日生 |
|        |             |    | 年 月 日生 |
|        |             |    | 年 月 日生 |
|        |             |    | 年 月 日生 |

- 注 1 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。  
 2 世帯の市町村民税の課税状況が分かる課税証明書又はその写しを添付してください。  
 3 資格を失った方（死亡、転出）は申し出てください。  
 4 変更事項が生じた方（転居）は申し出てください。