

枠の中をご記入ください

下松市乳児健康診査事業補助金交付申請書

年 月 日

下松市長 様

申請者 住所 下松市 〇〇町〇丁目〇-〇
氏名 下松 星子

記入しないでください!

交付申請額					百	+	円
-------	--	--	--	--	---	---	---

~~次のとおり乳児健康診査を受診しましたので、上記金額を交付くださるよう申請します。~~

受診年月日	〇〇年 〇月 〇日
受診医療機関	名称 <u>〇〇小児科クリニック</u>
	住所 <u>〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇</u>

なお、支払いに当たっては、次の口座に振り込みをお願いします。

金融機関名	〇〇〇 <u>銀行</u> 信用金庫・農協		〇〇 <u>支店</u> 支所							
			店番	1	2	3				
預金種別	1 <u>普通</u>	2 その他()	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人	カナ	<u>クダマツ セイコ</u>								
	漢字	<u>下松 星子</u>								

領 収 書

年 月 日

様

領収金額				千	百	+	円
------	--	--	--	---	---	---	---

乳児健康診査受診料として、上記金額を領収しました。

医療機関名 _____

代 表 者 _____

**受診医療機関で、乳児健診単
独の領収書が発行されない場
合は、こちらを領収書として記
入してもらってください。**