

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 ○○町○丁目○-○
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	○○年 ○月 ○日
受診医療機関	名称 ○○小児科クリニック
	住所 ○○県○○市○○町○丁目○-○

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	○○○ (銀行)信用金庫・農協		○○ (支店)支所							
			店番	1	2	3				
預金種別	1 (普通)	2 その他()	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人	カナ	クダマツ セイコ								
	漢字	下松 星子								

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。**