

枠の中をご記入ください

別記様式（第4条関係）

下松市乳児健康診査事業補助金交付申請書兼請求書

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（請求額） \_\_\_\_\_ 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、下松市乳児健康診査事業補助金交付要綱第4条の規定より申請及び請求をします。

受診年月日	令和○○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、支払に当たっては、次の口座に振り込みをお願いします。

振込先	金融機関名	○○ 銀行 普通・当座	支店	支所					
	フリガナ	クダマツ セイコ	○○	本店・本所 出張所					
	口座名義	下松 星子	口座番号						
			1	2	3	4	5	6	7

領 収 書

年 月 日

様

金 \_\_\_\_\_ 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。