

## 医療機関御中

本市の住民が、貴院での乳児健康診査の受診を希望しております。

本市基準額の範囲内で、受診料を補助したいと思いますので、受診者が提出する「下松市乳児健康診査事業補助金交付申請書」の領収書の部分を御記入いただくか、貴院の様式の領収書（乳児健康診査単一のもの）を受診者にお渡しいただきますようお願いいたします。

また、本市様式乳児健康診査受診票に結果を御記入いただき、「下松市分」及び「本人分」を受診者にお渡しく下さい。

お手数をおかけいたしますが、よろしくお願いいたします。

御不明の点がありましたら、下記に御連絡ください。

下松市健康増進課（下松市保健センター内）

〒744-0025

山口県下松市中央町21-1

(Tel 0833-41-1234)

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

氏名 印

交付申請額				千	百	十	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
	住 所

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				
預金種別	1 普通	2 その他( )	口座番号					
口座名義人	カナ							
	漢字							

領 収 書

年 月 日

様

領収金額				千	百	十	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 印