

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
氏名

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	年 月 日
受診医療機関	名称
	住所

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 金庫 組合	普通 ・ 当座	支店・支所 本店・本所 出張所							
	フリガナ			口座 番号							
	口座名義										

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