別記様式（第５条関係）

枠の中をご記入ください

下松市産婦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　〇〇町〇丁目〇－〇

氏　名　　下松　星子

記入しないでください

を受診しましたので、補助金の交付の申請　　求をします

産婦の名前

交付申請額　　円

受 診 年 月 日	〇　年　〇　月　〇　日
受診医療機関等	名　称　〇〇クリニック
	住　所　〇〇県〇〇市〇〇町〇－〇

なお、交付に当たっては、下記の口座に振込みをお願いします。

金融機関名	〇〇〇 銀行・金庫 農協・漁協			本店・支店・本所 支所・出張所								
				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										

※以下は、医療機関等が記載。医療機関等が発行する領収書がある場合は、記載不要

領　　収　　書

年　　月　　日

様

領収金額　　円

産婦健康診査受診料として、上記金額を領収しました。

医療機関等名

代　表　者

受診医療機関で、産婦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。