

下松市産婦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 _____

以下のとおり産婦健康診査を受診しましたので、補助金の交付を申請します。

交付申請額 _____ 円

受診年月日	年 月 日
受診医療機関等	名称
	住所

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	銀行・金庫		本店・支店・本所			
	農協・漁協		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					

※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 _____		