

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

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

を受診しましたので、補助金の交付を申請

産婦の名前

交付申請額 円

受診年月日	○年 ○月 ○日
受診医療機関等	名称 ○○クリニック
	住所 ○○県○○市○○町○-○

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 支所・出張所							
		農協・漁協	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。