

様式第 1 号（第 5 条関係）

日付は記入しないで
お持ちください。

松本市 1 か月児健康診査県外受診補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

（宛先）松本市長

申請者（保護者）の方の
住所・氏名・電話番号

申請者

住所

氏名

松本市 1 か月児健康診査県外受診補助金の交付を受けたいので申請します。

※下記の太枠内に記載し、医療機関又は助産所が発行する領収書を添付してください。

ふりがな			
受診対象児			
住 所	〒 日中連絡先 — —		
受診した 医 療 機 関	名 称		
	所在地		
交付申請額	円		

金額は記入しないで
ください。

以下、担当課記入欄

決 裁 欄	補助金を下記のとおり支出して よろしいでしょうか。				受付年月日	年 月 日
	係	係長	課長 補佐	課長	決裁年月日	年 月 日
					施行年月日	年 月 日
補助金決定額		円				