

様式第1号（第5条関係）

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

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	同 上	
受診した 医療機関	名 称	別添領収書の通り
	所在地	別添領収書の通り
交付申請額	円	

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	