朝日村産婦健康診査県外受診等補助金交付申請書(兼実績報告書)

年　　月　　日

　(あて先)朝日村長　殿

申請者

住所

氏名　　　　　　　　　　　印

電話

　朝日村産婦健康診査県外受診等補助金の交付を受けたいので申請します。

申請者記入欄(太枠の中をご記入ください。)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (フリガナ) |  | |
| 受診者 |  | |
| 住所 | 〒  連絡先　　　―　　　― | |
| 受診した医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 交付申請額 | 円 | |

※この欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |