

様式第 3 号(第 5 条関係)

領 収 証 書 (受 診 証 明 書)	
被受診者氏名	
領 収 金 額	円
領 収 日 (受診日)	年 月 日
これは、 産後健診 1 か月児健診 の代金です。 年 月 日 医療機関の 所 在 地 名 称 開 設 者 名 印	

- (注意)
- 1

この領収証書は、三朝町産後健診・1 か月児健診費用助成金交付申請書の添付資料です。
- 2

収入印紙は不要です。