

様式第2号(第5条関係)

領 収 証 書 (健 診 実 施 証 明 書)	
受診者氏名	
領 収 金 額	円
領 収 日 (受診日)	年 月 日
<p>これは、1か月児健康診査の代金です。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の 所在地 名 称 開設者名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>	

(注意)

- 1 この領収証書は、湯梨浜町1か月児健康診査費助成金請求書の添付資料です。
- 2 収入印紙は不要です。