様式第２号（第６条関係）

領　収　証　書 （受診証明書）	
被受診者氏名	
受　　診　　日	
領　　収　　日	
領　収　金　額	

これは、１か月児健康診査の代金です。

年　　月　　日

医療機関の

所　在　地

名　　称

開設者名

（注意）

１　この領収証書は、岩美町１か月児健康診査費助成金支給申請書兼請求書の添付資料です。

２　収入印紙は不要です。