|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第１号（第４条第１項関係） | 整理番号 |  |

人間ドック経費補助金交付申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 |  | 性別 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 受診年月日 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | | |
| 受診医療機関名 |  | | | | |
| 受診経費 | 円 | | | | |
| 経費補助申請額 | 円 | | | | |
| 受領金融機関名 | 銀行　　　　　支店　　ふりがな（　　　　　　）  　　農協　　　　　支店　　口座名義（　　　　　　）  信用金庫　　　　　支店　　普 通 №（　　　　　　） | | | | |

上記のとおり人間ドックを受診したので、経費補助対象として承認されたく申請します。

令和　　年　　月　　日

被保険者証記号番号　島72　　　　－

住　所

連絡先　　　　-　　　　　-

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

三春町長　　　　　様