

別記様式(第5条関係)

湧別町人間ドック検診費用助成申請書

令和 年 月 日

湧別町長 様

申請者 住所 湧別町
フリガナ

氏名

電話 —

人間ドック検診費用助成金の交付を受けたいので、湧別町人間ドック検診費用助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。

人間ドック検診を受診した方について記載してください。				
フリガナ				
氏名				
生年月日	明・大 年 月 日 昭・平 (満 歳)	明・大 年 月 日 昭・平 (満 歳)	明・大 年 月 日 昭・平 (満 歳)	
検診年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
医療機関名				
助成金振込先 (申請者口座に 限ります。)	金融機関	銀行・信金 農協・漁協		本店・支店 本所・支所
	預金種目	当座・普通	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

(添付書類)

医療機関発行の人間ドック検査結果及び領収書等