

様式第 2 号（第 5 条関係）

脳ドック検診料金助成申請書

令和 年 月 日

湧別町長 様

申請者 住 所 湧別町

氏 名 印

電 話

脳ドック検診を受診したので、関係書類を添付し費用助成を申請します。

住 所	湧別町				
フリガナ					
氏 名					
生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)	年 月 日 (満 歳)	年 月 日 (満 歳)	年 月 日 (満 歳)	
受 診 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
受 診 医 療 機 関					
助 成 金 振 込 先 (申請人口座 に限る。)	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) 医療機関発行の脳ドック検査結果及び領収書