

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)	
受 診 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