

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

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	R 年 月 日	R 年 月 日	R 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