

別記様式（第5条関係）

輪之内町脳ドック費用助成申請書兼請求書

年 月 日

輪之内町長 様

申請者 住 所 輪之内町

氏 名 印

電話番号

被検診者との続柄

関係書類を添えて、次のとおり脳ドック費用の助成を申請します。

| 受診日 | 医療機関名 |
|-------|-------|
| 年 月 日 | |

| | | | | | |
|------------------|------|--------------|-----------|--|--|
| 被 検 診 者 | 住 所 | 〒503-02 輪之内町 | | | |
| | フリガナ | | 生 年 月 日 | | |
| | 氏 名 | | 年 月 日（ 歳） | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|-------|-------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------|--|--|--|
| 振 込 先 口 座 | 金融機関 | 銀 行 金 庫 農 協 | | | 支 店 支 所 出張所 代理店 | | | |
| | | 種別 | 普通・当座 (○を付けてください) | 口座番号 (右づめでご記入ください) | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | |

添付書類) 検診費にかかる領収書 (原本)
検査結果の写し

※助成金交付にあたり、町税の未納の有無を確認し、町税に未納がある場合には、これを
充てることに同意します。

申請者名 _____ 印

以下の欄は記入しないでください。

| | |
|-------|---|
| 助成決定額 | 円 |
|-------|---|