

大 郷 町 長 殿

申請者

住 所 大郷町

氏 名

印

（電話番号

）

脳 健 診 助 成 申 請 書

大郷町脳健診助成事業実施要綱の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

健診を受けた年月日	年 月 日	
健診を受けた医療機関名		
健 診 助 成 金 額	健診料金 _____ 円×1/2 ※助成額上限10,000円	
振 込 希 望 金 融 機 関	ふりがな 口座名義人氏名	
	金融機関名	銀行 信組 本店 農協 労金 支店 信金
	口座番号	普・当

※ 健診料金の領収書、振込希望口座が分かる書類の写しを添付してください。

※ 振込口座をやむを得ず請求者以外の口座を指定される場合は、口座振込承諾書の提出が必要になります。

-----  
上記申請については下記のとおり決定いたします。

助成決定額	円
-------	---

振込日	年 月 日
-----	-------