

人間ドック助成金請求書

○年 ×月 △日

神河町長 様

申請者

住 所 神河町 寺前64番地

氏 名 神河 太郎 (印)

生年月日 ○年 ×月 △日 (満□歳)

電 話 0790 - 34 - 0962

記

下記医療機関で人間ドックによる健康診査を受けたので、神河町後期高齢者医療人間ドック事業助成要綱第8条第3項の規定により助成金を請求します。

請 求 金 額 20,350 円

健康診査年月日 ○年 ×月 △日

医 療 機 関 名 ○○○病院

振込先等

銀行名等 ○○○ 銀行・信用金庫・農協 ××× 支店

口座番号 (普通・当座) 1234567

口座名義人 かがみかわ たろう
神河 太郎

*注意 1 添付書類：検査機関の領収書を添付してください。