

様式第3号（第8条関係）

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

氏 名

生年月日 年 月 日（満 歳）

電 話

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

健康診査年月日 年 月 日

医 療 機 関 名

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）

口座名義人

*注意 1 添付書類：検査機関の領収書を添付してください。