

様式第3号

人間ドック助成事業助成金交付申請書 兼 助成金交付請求書

年 月 日				
木島平村長 様				
申請者 住所 木島平村大字			番地	
氏名				(印)
被保険者証 の 番 号		受診者氏名	年 月 日	続柄
		生年月日		
受診医療機関の 名称及び所在地	名 称			
	所在地			
受 診 年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで			日間
支 払 っ た 検 診 料				円
助成金申請額 (請求額)				円
人間ドック受診証明書				
上記のとおり受診したことを証明します。				
年 月 日				
医療機関名				
(印)				
振込先口座	銀 行・信用金庫 信用組合・協同組合	(ふりがな)	口座名義人	
金融機関名	本店・支店 本所・支所	口座番号		
*補助金の受領については				
上記口座名義人に委任します。				
(印)				

注1 上記に証明できない場合は、受診が確認できる証明書または領収書を添付してください。

2 申請者と口座名義人が異なる場合は*欄に申請者名を記入のうえ押印してください。