

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

令和 年 月 日			
木島平村長 あて		申請者 住所 木島平村大字 番地	
		(国保の場合は世帯主) 氏名 ⑩	
被保険者番号	受診者氏名		続柄
	生年月日	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	令和 年 月 日から	日間	
	令和 年 月 日まで		
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。			
令和 年 月 日			
医療機関名			
⑩			
振込先口座 金融機関名	銀 行・信用金庫 農業協同組合・信用組合	(ふりがな) 口座名義人	
	本店・支店 本所・支所	口 座 番 号	普通・当座
*補助金の受領については 上記口座名義人に委任します。 ⑩			

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 国民健康保険の場合は、世帯主が申請者となります。

3 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。