

様式第2号(第9条関係)

神川町後期高齢者医療人間ドック等助成金申請書													
助成金額		金 円											
受検者氏名													
検査機関													
受検年月日		年 月 日から				月 日まで							
検査方法		人間ドック ・ 脳ドック ・ 併診ドック											
検査料		金 円											
<p>上記のとおり検査を受けたので、助成金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>神川町長 様</p> <p>受検者 住所 神川町大字</p> <p>氏名</p>													
口座振替依頼欄				銀行			本店						
				信用金庫			支店						
				信用組合			出張所						
				農協									
金融機関コード			店舗コード			種目			口座番号				
						普通 当座 貯蓄							
口座名義人		カタカナ											
決裁	課長												

(注) この申請書に、検査料領収書・検査結果を添付してください。