様式第2号(第9条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人間ドック等助成金交付申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成金額 | | | | | | | | 金　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者記号番号 | | | | | | | | 記号 | | | | 神 | | | | 番号 | | |  | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  　　　　　年　　月　　日  　　神川町長　　　　様  受検者　住所　神川町大字  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替依頼欄 | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | | | | | | | | | | | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | | | | | | | |
| 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)　この申請書には、検査料領収書・検査結果を添付のこと。