第３号様式（第９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 脳ドック検診費助成金交付申請・請求書年　　月　　日（宛先）長久手市長申請者　住　　所　〒　　氏　　名　　　　　　　　　　　　電話番号私は、下記のとおり脳ドック検診を受けましたので、助成金の交付について、領収書を添え申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被検査者氏名 |  |
| 生年月日（年齢） | 　　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳） |
| 受診年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 請求金額 | 金　　　　　　　　　円 |
| 振　込　先金融機関名 | 　　　　銀　　行農業協同組合　　　　信用金庫 | 　　　　　　本　店支　店出張所 |
| 店番号  |  |
| 口座番号 | 普通・当座　 |  |
| ふりがな |  |
| 口座名義人 |  |

＊振込先は、申請者名義の口座を記入してください。＊添付書類：「脳ドック検診費領収書」 |