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」 |