

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」