

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」