

第1号様式（第6条関係）

藤枝市国保・後期高齢者人間ドック補助金交付申請書兼請求書

住 所			
受診者氏名			
生年月日	年	月	日
受診医療機関 の名称及び所在地			
受診（予定）年月日	年	月	日
受診料	円	1. 日帰りコース	
自己負担額	円	2. 一泊二日コース	
支給額	円	3. 脳ドックコース	
振込口座先	_____銀行	預金種別	普通・当座
	_____信用金庫	口座番号	店番 口座番号 —
	_____農 協 ( ) 支 店	口座名義人	カガナ 氏名
委任欄	本請求に基づく金額の受領を代理人に委任します。 年 月 日 氏名 ⑩ 代理人の 住所 氏名		

注) 受診者と振込口座の名義人が異なる場合は委任欄へ記入してください。

上記のとおり人間ドックの補助金の交付を受けたいので必要書類を添えて申請し、及び請求します。

なお、本申請にあたり、藤枝市国民健康保険等人間ドック受診費補助金交付要綱に基づき、結果報告書等の複写の提出に同意します。

年 月 日

藤 枝 市 長 様

受診者の 住 所

氏 名  
電話番号

—