第２号様式（第６条関係）

藤枝市定期健康診断未受診者健診費補助金交付申請書兼請求書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　校　名 |  | | | |
| 住 所 |  | | | |
| 受診者氏名 |  | 性　　別 | |  |
| 生 年 月 日 | 年　　　　月　　　　日 | | | |
|  | 受診医療機関名 | | 受診日 | |
| 内　　　科 |  | | 年　　月　　日 | |
| 眼　　　科 |  | | 年　　月　　日 | |
| 耳鼻咽喉科 |  | | 年　　月　　日 | |
| 歯　　　科 |  | | 年　　月　　日 | |
| 健診費用 | 円 (受診科目数×3,300円） | | | |
| 申　請　額 | 円 (健診費用×1/2) | | | |
| 金融機関・支店名 | 銀行 ・ 金庫 ・ 農協　　　　 　支店 | | | |
| 口座種別 | 普通　　　・　　　当座 | | | |
| 口座番号 |  | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 口座名義 |  | | | |

上記のとおり定期健康診断未受診者健診費補助金を受けたいので必要書類を添えて申請し、請求します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

藤 枝 市 長 宛　　　　　申請者　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名 　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　（　　　　）　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 児童生徒との続柄（　　　　）