

別記様式第1号（第5条関係）

板倉町後期高齢者医療制度人間ドック及び脳ドック検診費助成金交付申請書

年 月 日

板倉町長 あて

申請者 住所
氏名 印
電話

検診費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。なお、この申請に伴い、助成額決定事務等で必要がある場合は、担当職員が当該医療機関等へ内容照会することを承諾いたします。

助成申請額 _____ 円

被 保 険 者 番 号			
住 所			
氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 生	年 齢	歳
検 診 日	年 月 日	検 診 方 法	日帰り・一泊・脳ドック
検 診 医 療 機 関 名			
検 診 費	円 ※消費税を含む		
振 込 先 口 座			
金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 農 協		支店 支所
口 座 種 類	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
フリガナ			
口 座 名 義 人			