

様式第4号(第8条関係)

総合検診助成金交付請求書

令和 年 月 日

平群町長 殿

住所 平群町 _____

請求者 氏名 _____ 印

電話 _____

下記のとおり総合検診を受診したので、領収書を添えて、助成金の交付を請求します。
なお、検診結果を特定健康診査・特定保健指導に提供することに同意します。

受診者氏名		証記号番号	奈13一
受診医療機関			
受診日	年 月 日		
受診区分	人間ドック ・ 脳ドック ・ がんどック		
受診の種類	A 日帰りコース B 1泊以上コース		
振込口座	銀行 信用金庫 本店 信用組合 支店 農協 出張所		
	普通 当座		ふりがな 名義人
備考			

(注) 当該年度末までに請求してください。