様式第1号（第5条関係）

山元町国民健康保険人間ドック費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

山元町長 殿

申請者 住 所 _____
 (請求者) 氏 名 _____ 印 _____
 電話番号 _____

山元町国民健康保険人間ドック費用助成金交付要綱第5条の規定により、山元町国民健康保険人間ドック費用助成金の交付を受けたいので、同要綱第3条の規定により、人間ドックの検査結果を特定保健指導等に活用すること及び公共料金の納入状況を確認することに同意し、下記のとおり申請します。

記

1 申請内容

対 象 者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日生 (歳)
受診年月日			受診機関名	
受診費用	円			

2 振込先（申請者（請求者）本人以外の口座には振り込みできません。）

振込先	金融機関名		支店名							
	口座種別	普通 ・ 当座	金融機関コード							
			口座番号							
	口座名義人	(フリガナ)								
氏 名										

※添付書類

- (1) 人間ドック受診結果票の写し
- (2) 人間ドックの受診に係る領収書の原本又は支払額が確認できる書類
- (3) 口座番号が確認できる通帳等の写し
- (4) その他、町長が必要と認める書類