様式第１号（第５条関係）

脳ドック検診助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　広野町長　様

申請者

住　所〒

氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　脳ドックを受診したいので、広野町脳ドック検診助成事業実施要綱第５条の規定に

基づき申請します。

　なお、受診した際の検査成績票の写しを広野町へ提出することを承諾します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 被保険者証の記号番号 | 記号 | 加入保険の種　　　別 | 国保　協会けんぽ組合　共済組合 |
| 番号 | 保険者名 |  |
| 受診医療機関名 |  |
| 受診予定年月日 |  |