

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			