様式第３号（第７条関係）

脳ドック検診助成金交付請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　広野町長　様

申請者

住　　所〒

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　広野町脳ドック検診助成事業実施要綱第７条の規定に基づき、次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | 円  （請求金額が30,000円を超えるときは30,000円とする。） | | | |
| 金融機関名 | 支店名 | 種　別 | 口座番号 | 口座名義人 |
| 銀行　農協  信用金庫 | 支店　支所  出張所 | 普通預金  当座預金 |  | （ふりがな） |
|  |

　備考１　受診医療機関が発行した脳ドック検診費の領収書を添付すること。

　備考２　振込先の口座は、原則として申請者の口座となります。