

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		(ふりがな)
		当座預金		

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。