

第2号様式(第7条関係)

大多喜町後期高齢者人間ドック経費給付申請書

被 保 険 者 番 号			
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日		
利 用 者 氏 名	男・女		
生 年 月 日	大・昭 年 月 日(満 歳)		
電 話 番 号			
検 査 年 月 日	令和 年 月 日		
検 査 医 療 機 関 名			
検 査 種 別	1 短期人間ドック 2 脳ドック 3 短期人間ドックと脳ドックを同時に受診		
検 査 費 用 額	円	補助金申請額	円
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 大多喜町 氏 名 大多喜町長 様			

注 申請書には、検査医療機関が発行した領収書及び検査明細書を添付してください。

金融機関名				普・当	口座番号
	銀 行		本 店		
	信用金庫		支 店		
	信用組合		支 所		
	協同組合		()		
フリガナ					
口座名義人					