

様式第4号(第6条関係)

大町町国民健康保険人間ドック検査費助成事業交付請求書

年 月 日

大町町長 様

申請者住所

氏名

印

大町町国民健康保険人間ドック検査費助成事業に係る助成金として、大町町国民健康保険人間ドック検査費助成事業実施要綱第6条の規定により提出書類を添えて、下記とおり請求します。

記

1 請求金額 金27,000円

2 振込先

金融機関名・支店名	
種目・口座番号	普通・当座
フリガナ	
口座名義人	

3 提出書類

- ① 医療機関等で支払った検査受診料の領収書
- ② 検査結果表
- ③ その他町長が必要と認める書類