

五城目町国民健康保険脳ドック受診申込書

受診番号 令和 年度 番

- 被 保 険 者 番 号
- 被 保 険 者 名 性 別 男・女
- 生 年 月 日 昭和 年 月 日 年 齢 歳
- 住 所 五城目町
- 受 診 希 望 日 令和 年 月 日 予 定
- 受 診 希 望 病 院 名

上記のとおり申込みいたします。

令和 年 月 日

住 所 五城目町
氏 名 印
(電話) ー

五城目町長 荒川 滋 様

五城目町国民健康保険脳ドック補助金交付申請書

令和 年 月 日

住所 五城目町

氏 名 _____ 印 _____

五城目町長 荒川 滋 様

補助金の交付について（申請）

五城目町国民健康保険脳ドック補助金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり補助金を交付されるよう領収書を添えて申請します。

1. 補助金申請額 金 円

2. 領 収 書 (別 紙)

脳ドック補助金請求書

Y 円

五城目町指令 号
補助金申請額 円
(内訳 受診費用 円 $\times 1/2$ = 円)
限度額 15,000 円

受診病院

五 城 目 町 長 殿

令和 年 月 日

住所 五城目町

氏 名 _____ 印 _____

脳ドック補助金請求書

Y 円

五城目町指令 号
補助金申請額 円
(内訳 受診費用 × 1 / 2 = 円)
限度額 15,000 円

受診病院

五 城 目 町 長 殿

令和 年 月 日

住所 五城目町

氏 名 _____ 印 _____