

個別検診・個別健診助成申請書

年 月 日

御杖村長 様

次のとおり申請します。

申請者	住所	
	氏名	(印)
	電話	

受診者氏名		生年月日		年齢	歳
検診・健診名	検診・健診日	医療機関名	(保険外)検診・健診金額		
					円
					円

受診者氏名		生年月日		年齢	歳
検診・健診名	検診・健診日	医療機関名	(保険外)検診・健診金額		
					円
					円

受診者氏名		生年月日		年齢	歳
検診・健診名	検診・健診日	医療機関名	(保険外)検診・健診金額		
					円
					円

下記の金融機関に振り込んでください。

支払機関名		預金種別	口座番号					
銀行	支店	普通・当座・その他						
		()						
農協	店番	フリガナ						
信金		口座名義人						

*領収書を添付してください。

村記入欄	助成金決定額	円
------	--------	---

個別検診・個別健診助成申請書

<記入例>

〇 年 〇 月 〇 日

御杖村長 様

次のとおり申請します。

申請者	住所	奈良県宇陀郡御杖村大字〇〇 △△番地
	氏名	御杖 花子
	電話	0745-95-〇〇〇〇

受診者氏名	御杖 花子	生年月日	昭和〇年〇月〇日	年齢	〇〇 歳
検診・健診名	検診・健診日	医療機関名	(保険外)検診・健診金額		
県外 妊婦歯科健康診査	平成〇年〇月〇日	〇〇歯科医院	〇,〇〇〇 円		
乳がん検診	平成〇年〇月〇日	〇〇病院	〇,〇〇〇 円		

受診者氏名	御杖 太郎	生年月日	平成〇年〇月〇日	年齢	〇 歳
検診・健診名	検診・健診日	医療機関名	(保険外)検診・健診金額		
3歳児健康診査	平成〇年〇月〇日	〇〇小児科医院	〇,〇〇〇 円		
県外 3歳児歯科健康診査	平成〇年〇月〇日	〇〇歯科医院	〇,〇〇〇 円		

受診者氏名		生年月日		年齢		歳
検診・健診名	検診・健診日	医療機関名	(保険外)検診・健診金額			
			円			
			円			

下記の金融機関に振り込んでください。

支払機関名		預金種別	口座番号						
〇〇 農協 信金	銀行	支店 普通 当座・その他	1	2	3	4	5	6	7
	〇〇	()							
	店番	フリガナ	ミツエ ハナコ						
	123	口座名義人	御杖 花子						

*領収書を添付してください。

村記入欄	助成金決定額	円
------	--------	---