別記様式(第５条関係)

湧別町人間ドック検診費用助成申請書

令和　　 年　　　月　 　日

　　　湧別町長　刈　田　智　之　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　湧別町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　－

　　　人間ドック検診費用助成金の交付を受けたいので、湧別町人間ドック検診費用助成事業

実施要綱第５条の規定により申請します。

|  |
| --- |
| 人間ドック検診を受診した方について記載してください。 |
| フリガナ | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 明・大昭・平 | 　年　月　日(満　　歳) | 明・大昭・平 | 　年　月　日(満　　歳) | 明・大昭・平 | 　年　月　日(満　　歳) |
| 検診年月日 | 令和　　年　　月　　日　 | 令和　　年　　月　　日　 | 令和　　年　　月　　日　 |
| 医療機関名 | 　 | 　 | 　 |
| 助成金振込先(申請者口座に限ります。) | 金融機関 | 銀行・信金農協・漁協 | 本店・支店本所・支所 |
| 預金種目 | 当座・普通 | 口座番号 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |

(添付書類)

・医療機関発行の人間ドック検査結果及び領収書等

・健診結果提出同意書