

別記様式 (第4条関係)

茅野市国民健康保険人間ドック補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)茅野市長

申請者(受診者) 住 所 茅野市

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

人間ドック補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請し、及び請求します。

記

1 申請(請求)額 \_\_\_\_\_ 円

2 添付書類 領収書

3 内容

人間ドックの種類	1 1泊2日ドック	2 日帰りドック
受 診 日	年 月 日	
受 診 医 療 機 関 名		
被 保 険 者 記 号 番 号	茅 -	
受 診 料	円	

4 振込口座

金 融 機 関 名	支 店 名	口 座 番 号	口 座 名 義 人
銀行		普通 当座	フリガナ
金庫	支店		
信用組合			
農協	支所		

(申請者と口座名義人が違う場合はこの欄に署名してください)  
上記口座名義人への振込を了承します。 申請者氏名 印