後期高齢者人間ドック等検査費用補助金交付申請書兼請求書							
被保険者証の番号		受診者名					
			個人番号				
			生年月日		年	月日	
検 該当する項目に口を付けてください。							
査種	□人間ドック検査	查	内	□1日検診			
区 煙 別 分 別	□脳ドック検査	似じ、万份	灾	口1泊2日		汰 \	
受診日	□人間ドック・F 年	<u> </u>	<u> </u>	I	日検討 ∃まで	沙)	
受診医療	+ /	Д НИ-	+ +	Л	1 & C		
機関名			検査費用			円	
交付申請							
額兼請求 額			円				
程 上記のとおり申請及び請求します。							
上記のとわり中請及い請求しよう。 野木町長 様							
年 月 日							
請求者 住 所 野木町大字 氏 名							
		門			子	ÉΠ	
		pĦ		7		印	
※添付書	類 領収書及び検		氏 名	7		印	
※添付書			氏 名電話番号	分 (印 本店	
※添付書	類 領収書及び検 金融機関名		氏 名 電話番号 銀 信用金	分 分 行 注 庫		本店	
	金融機関名	査結果表	氏 名 電話番号 銀 信用金 農	行 行 庫 協			
※添付書 振 込 先	金融機関名 預金の種類		氏 名 電話番号 銀 信用金	行 行 庫 協		本店	
	金融機関名 預金の種類 口座番号	査結果表	氏 名 電話番号 銀 信用金 農	行 行 庫 協		本店	
	金融機関名 預金の種類	査結果表	氏 名 電話番号 銀 信用金 農	行 行 庫 協		本店	
振込先	金融機関名 預金の種類 口座番号 ふりがな	查結果表	氏 名 電話番号 銀 信用金 農	行 行 庫 協		本店	
振 込 先 ※この欄は	金融機関名 預金の種類 口座番号 ふりなな の座名義 記入しないで下さ	査結果表 普	氏 名 電話番号 銀 信用金 農 通 当	行 行 庫 協 座)	本店支店	
振 込 先 ※この欄は 補 助 金	金融機関名 預金の種類 口座番号 ふりがな 口座名義 記入しないで下さ	査結果表普	氏 名 電話番号 銀 信用金 農 通 当	行 行 進 協 座)	本店 支店	
振 込 先 ※この欄は	金融機関名 預金の種類 口座番号 ふりなな の座名義 記入しないで下さ	査結果表 普	氏 名 電話番号 銀 信用金 農 通 当	行 行 庫 協 座)	本店支店	
振 振 ボ の 欄 は 動 定 動 を 基	金融機関名 預金の種類 口座番号 ふ座が名義 記入しないで下さ 検査費用 ①	査結果表 普	氏 名 電話番号 銀 信用金 農 通 当	行 行 庫 協 座	文作 年	本店支店	
振 込 先 ※この欄は 動 定 基	金融機関名 預金の種類 口座番号 ふ座が名義 記入しないで下さ 検査費用 ①	査結果表 普 保険者2	氏 名 電話番号 銀 信農 通 当 負担額 被保I	行 行 庫 協 座	交介	本店 支店 †決定額 ②	