

広陵町脳ドック費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

広陵町長 殿

申請者 住所 広陵町
フリガナ
氏名 (自署)
電話番号

脳ドックを受診したので、広陵町脳ドック費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請・請求します。

請求額 10,000 円

受診者氏名								
生年月日	年	月	日	(歳)				
健診実施機関								
受診日	年	月	日					
誓約・同意事項	※該当する□に✓を記入してください。 <input type="checkbox"/> 私は、広陵町の住民基本台帳に記録され、受診日時点において40歳以上です。 <input type="checkbox"/> 私は、疾病により入院中又は入院予定ではありません。 <input type="checkbox"/> 私は、検査結果表による医師の指導を遵守し、自ら積極的に健康管理に努めます。 <input type="checkbox"/> 私は、属する世帯に町税等の滞納はありません。また、広陵町住民基本台帳の記録及び町税等に関する事項を照会することに同意します。 <input type="checkbox"/> 私は、当該年度に脳ドックや人間ドックの費用助成を受けていません。また、受ける予定もありません。 <input type="checkbox"/> 私は、暴力団、暴力団員又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有する者ではありません。							
振込先 <small>※振込先口座情報は、 正確にご記入ください。</small>	金融機関名等	銀行・信用組合 信用金庫・農協			本店 支店	普通 当座		
	口座番号							
	フリガナ							
	口座名義人							

(※申請者と口座名義人が異なる場合のみ記入)

広陵町脳ドック費用助成金に係る債権の受領について、上記振込先口座の口座名義人に委任します。

請求者氏名 (自署)

添付書類	<input type="checkbox"/> 脳ドック費用助成金交付申請書兼請求書(この用紙) <input type="checkbox"/> 脳ドック検査費用の領収書の写し <input type="checkbox"/> 振込先口座が確認できるものの写し
------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※町使用欄

申請受付日	年 月 日	交付決定日	年 月 日
助成額	円		