

（提出先） 田尻町長

田尻町脳ドック助成金交付申請書兼請求書

次のとおり、田尻町脳ドック助成事業に係る助成金の交付を必要書類を添えて、申請及び請求を行います。

申請者	氏 名 ※自署の場合は押印 不要					⑨	電話番号					
	住 所	田尻町										
受診者・ 受診内容等	氏 名	(□申請者と同じ)										
	受診年月日											
	受 診 医 療 機 関 等 名											
請 求 金 額		万	千	百	十	一	円	※上限 15, 000 円 (受診機関での支払額が15, 000 円を下回るときは、その 支払額が上限。)				

振込口座

振込先	金融機関名							銀行・信用金庫 組合・農協	金融機関コード				支店名	本店・支店 出張所	支店コード		
	口座番号	普通 ・ 当座										口座名義人 (申請者と同じ)	カナ				
		氏名															

※受診者と、口座名義もしくは申請者またはその両方が異なる場合は、委任状の添付が必要です。

必要書類

- 1 受診費用の領収書
- 2 受診結果（検査項目が確認できること）
- 3 本人確認書類（マイナンバーカード、資格確認書等）
- 4 振込先口座が確認できるもの（通帳、キャッシュカード等）
- 5 血圧治療中又は血圧 130/85mmHg 以上と確認できるもの
(内服薬の内容が確認できるものや健診結果等)

受付