

（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	①				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 (申請者と同一)	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 受診結果の写し（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）

受付