

様式第 1 号（第 5 条関係）

利府町脳検診費用助成金交付申請書

年 月 日

利府町長 殿

住 所
 （申請者）氏 名
 電話番号

利府町脳検診費用助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

受診者氏名		生年月日	年 月 日
受診日時点の住所 （該当する内容にレ点）	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> それ以外（住所を記入してください。） 利府町		
脳検診受診日	年 月 日		
脳検診を受けた 医療機関名			
検査項目 （該当する内容にレ点）	<input type="checkbox"/> 頭部MRI検査を含む脳検診 <input type="checkbox"/> 頭部MRA検査を含む脳検診		
検査結果	（記入例：異常なし、軽度の脳動脈硬化症、等）		
助成申請額	円（上限 10,000 円）		
振 込 先	ふりがな		
	口座名義人氏名		
	金融機関	銀行・金庫・組合	
		本店・支店・出張所	
口座番号	普通		左詰 記入
	当座		

< 添付書類 >

- （１） 脳検診の費用が分かる書類（受診者氏名・受診日・医療機関名、検査内容、検査結果及び支払金額が分かるものに限る。）
- （２） 助成金の振込先口座が分かる書類
- （３） その他町長が必要と認める書類