

様式第1号（第4条関係）

利府町脳検診助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

利府町長 殿

住 所 利府町
 (申請者) 氏 名 ①
 電話番号

下記の者について、利府町脳検診助成金交付要綱第4条の規定により、利府町脳検診助成金を下記のとおり申請します。

記

脳検診を受けた者	氏 名									
	生年月日		年	月	日					
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	頭部MRIを含む脳検診、脳ドック									
検査結果	(記入例：異常なし、軽度の脳動脈硬化症、等)									
助成申請金額	10,000円（上限額） 検診料金 _____ 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領収書

《持参するもの》 ①印鑑 ②通帳等（申請者の口座番号が確認できるもの）

口座名義は、脳検診を受けた方本人のものに限ります。