

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 | | | | | | | |
| 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。