

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 宛

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)	☐ 申請者と同じ ☐ 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)	☐ 頭部 M R I 検査を含む脳検診 ☐ 頭部 M R A 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						
		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