

課長	担当	受付印

### 池田市国民健康保険脳ドック補助金交付申請書

被保険者証 記号・番号		池 国	
世帯主	住 所		
	氏 名		
受診者	氏 名	世帯主 との 続柄	
	生年月日	昭和	年 月 日 ( 歳)
検査年月日		令和	年 月 日
検査機関名			
備 考			
補助金申請額		円	

上記のとおり検査に要した費用の領収書を添えて申請します。

上記の脳ドック補助金については、次の金融機関へ口座振込みにて支払われるよう請求します。

銀行名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	普通・当座	口座番号
支店名	支 店	フリガナ	
	出張所	口座名義 (世帯主)	

平成 年 月 日

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

世帯主名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

池 田 市 長 様