

様式第1号(第6条関係)

池田市国民健康保険脳ドック補助金交付申請書兼請求書

被保険者記号・番号		池 国		
受診者	氏 名		世帯主 との 続柄	
	生年月日	年	月	日 (歳)
検査年月日		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 出張所	フリガナ 口座名義 (世帯主)	

年 月 日

世帯主 住 所 _____

氏 名 _____

※自署でない場合は、押印してください。

電話番号 _____

(宛先) 池 田 市 長