

別記様式（第5条関係）

小海町胃がん検診補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

小海町長 様

（申請者）

住所 小海町

氏名

㊟

連絡先

小海町胃がん検診補助金の交付を受けたいので、小海町胃がん検診補助金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

受診者氏名		生年月日	年	月	日
医療機関名					
検診日	年 月 日				
検診料金	円				
検診結果					
補助金交付 申請額	円				
振込先 金融機関	金融機関名		支店・支所名		
	口座番号	(普通 ・ 当座)			
	口座名義人(カナ)	()			

胃がん検診（内視鏡検査）領収書、検査結果通知書等を添付してください。