

高山村後期高齢者医療人間ドック受診費助成金交付申請書

年 月 日

高山村長 様

住 所 高山村大字 番地

申請者 氏 名

連絡先

下記の者に係る人間ドック受診費に対する助成金を交付されたく、関係書類を添えて申請いたします。

助成対象者の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会閲覧することを承諾します。

後期高齢者健診を重複して受診しないことを承諾します。

申請額 円

受診者	住 所	高山村大字		番地	
	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
医療機関	住 所				
	名 称				
実施年月日		自 年 月 日	至 年 月 日	日間	
費用負担額		円			
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		支店名	本店・支店・本所・支所
	カ ナ			預金種別	普通・当座
	名義人			口座番号	
備 考	検査結果報告書と領収書を裏面添付				

☆申請締切は、該当年度の1月末日となりますので、ご注意願います☆