

様式第1号

※決 裁	村長	副村長	課長	係長	係	不承認(理由)
	令和 年 月 日 下記のとおり承認してよろしいでしょうか。					

阿智村国民健康保険審査事業補助金交付申請書兼請求書

検診の種類	人間ドック日帰り ・ 人間ドック宿泊 ・ 脳ドック					
被保険者証記号・番号	-					
受診者氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日 歳
世帯主との 続柄	本人・配偶者・父・母 その他()	連絡先	()			
健診機関名						
健診日	令和 年 月 日					
健診料金(消費税込)単価			円			
補助金交付申請額(請求額)			円			
交付確定額			円			
口座振込 金融機関	八十二銀行 飯田信用金庫 みなみ信州農協 銀行	支店 支所	口座名義人	フリガナ		
			口座番号	普通 ・ 当座		
健康診査受診証明書(領収書等)を添えて申請します。						
令和 年 月 日						
申請者 住所 阿智村 氏名 (印)						
阿智村長 熊谷 秀樹 殿						

※添付書類：領収書、健診結果の写し