

別記第 1 号様式(第 4 条関係)

大豊町後期高齢者医療人間ドック補助金交付申請書

記号・番号		受付 番号	
ふりがな		男 ・ 女	
受診者氏名		昭和 年 月 日生	
受診者住所	大豊町	電話 番号	
受診年月日	令和 年 月 日		
受診医療機関			
受診料	円(領収書添付)		
請求金額	10,000 円		
下記の口座に振り込んでください。			
振込先金融機関名	銀行 農協		支店 支所
預金種目口座番号	普通・当座・貯蓄		
ふりがな			
名 義 人			
上記のとおり申請します。			
令和 年 月 日			
大豊町長 様			
住 所 大豊町			
氏 名 ㊟			

同 意 書

令和 年 月 日

大豊町長 様

住 所 大豊町 _____

氏 名 _____ ⑩

大豊町後期高齢者医療保険人間ドック補助金交付申請のため、私の後期
高齢者医療保険料収納状況について、大豊町長が確認することに同意しま
す。