

別記第1号様式(第4条関係)

大豊町国民健康保険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			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>大豊町長 様</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所 大豊町</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>			

同意書

令和 年 月 日

大豊町長 様

住所 大豊町
世帯主
氏名 _____ (印)

大豊町国民健康保険人間ドック補助金交付申請のため、私の国保税収納状況について、大豊町長が確認することに同意します。