

別記様式第1号(第10条関係)

離島住民検診助成金支給申請書

申請額 (請求額)	円			乗船確認	
	内 訳	旅客運賃	円	往路 乗船日 /	復路 乗船日 /
		宿泊代 (食事代を除く) 領収書添付	円	支所確認印	
受診者	住所	羽幌町大字		電話	- -
	氏名		生年月日	年 月 日( 歳)	
検診の種類		乳がん検診 ・ 子宮がん検診 ・ 骨粗鬆症検診			
<p>上記のとおり申請(請求)します。</p> <p>年 月 日</p> <p>羽幌町長 様</p> <p>申請(請求)者 住所</p> <p>氏 名 <span style="float: right;">(印)</span></p>					
申請者の口座情報 (振込先金融機関)		金融機関名		口座種類	普通・当座
		本・支店名		口座番号	
		口座名義			

※申請者は太線内を記入してください。

※申請(請求)者は、受診者本人とする。

担当者記入欄

支給決定額	不支給の理由等
円	