

八峰町脳ドック助成事業交付申請書

八峰町長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

八峰町脳ドック助成事業実施要綱第3条の規定に基づき助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者氏名		住 所	
性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
受診した 医療機関名		脳血管疾患 治 療 中	有 ・ 無
受 診 日	年 月 日	職場での 助成制度	有 ^{※1} ・ 無
検診料金 (A)	円	助成申請額 (A / 2)	円 ^{※2} (上限 20,000 円)

※1 職場での助成制度がある方は対象外。 ※2 1,000円未満は切捨てとする。

添付書類

- (1) 医療機関が発行した領収書。
- (2) 医療機関が発行した、検査結果がわかるもの。

八峰町脳ドック助成事業助成交付決定等伺

上記のとおり、八峰町脳ドック助成事業の交付申請がありましたが、次のとおり決定してよろしいでしょうか、お伺いします。

- 助成する。
 助成しない。(理由： _____)

決裁 年 月 日

町 長	副町長	課 長	係 員