



駒ヶ根市後期高齢者医療人間ドック補助金請求書

令和 年 月 日

(請求先) 駒ヶ根市長

申請者 (受診者)

住所 駒ヶ根市

氏名

印

下記のとおり請求します。

請求金額	金	円也
------	---	----

ただし、駒ヶ根市後期高齢者医療保険人間ドック補助金事業として

事業の概要：人間ドック受診費用

補助金算出基礎：対象費用金額 円 × 1/2 = 円

※ただし、補助限度額 20,000円

※振込先がゆうちょ銀行の場合、通帳の写しもお願いします。

振込先	金融機関	銀行・組合 信金・農協 金庫	本店 支店 支所
	預金の種類	1 普通 2 当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		
委任欄	支給される費用の受領について口座名義人に委任します。 氏名 印		

(委任欄は、受診者以外の口座に振り込む場合に記入してください。)

請求書に記載された個人情報、給付・補助の管理及び統計に利用させていただきます。

それ以外の目的に使用することはありません。