様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

鮭川村長　　　　　　殿

申請者　住所

氏名

鮭川村脳ドック受診費助成金交付申請書

　鮭川村脳ドック受診費助成金について、令和７年度鮭川村脳ドック受診費助成金交付要綱第５条の規定に基づき申請します。

記

　○脳ドック受診予定医療機関

　○脳ドック受診予定時期

　　　　　　年　　月　　日頃予定

様式第３号（第７条関係）

　　年　　月　　日

鮭川村長　　　　殿

申請者　住所

氏名

鮭川村脳ドック受診費助成金検診完了報告書

　　　年　　月　　日付けで交付決定のあった鮭川村脳ドック受診費助成金について、下記の書類を添付して報告いたします。

記

添付書類

（１）受診に要した費用の領収書の写し

（２）検査項目が分かる書類

（３）その他村長が必要と認める書類

様式第５号（第９条関係）

　　年　　月　　日

鮭川村長　　　　殿

申請者　　住所

氏名

鮭川村脳ドック受診費助成金交付請求書

　　　　年　　月　　日付けで確定通知のあった鮭川村脳ドック受診費助成金について、下記のとおり請求いたします。

請求金額　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行  信用金庫　　　　　　　　　支店  農協 | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | （フリガナ）  口座名義人 | | | （　　　　　　　　　） | | | | |
| 口　座  （左詰記入） | 店番号 | | | 口座番号 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |

様式第６号（第１１条関係）

　　年　　月　　日

鮭川村長　　　　殿

申請者　　住所

氏名

鮭川村脳ドック受診費助成金交付決定取下げ申請書

　　　　年　　月　　日付けで交付決定のあった鮭川村脳ドック受診費助成金について、下記の理由により取下げ申請いたします。

○取下げ理由