

(第12条関係)

厚木市後期高齢者人間ドック助成金交付請求書

令和 年 月 日

(あて先) 厚木市長

住所 〒243-
厚木市

請求者氏名 _____

電話番号 _____

厚木市後期高齢者人間ドック助成事業実施要綱により助成金の交付を請求いたします。

金額 _____ 円

被保険者番号		
フリガナ		
受診者氏名		
生年月日	大正 昭和 年 月 日	大正 昭和 年 月 日

受診日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
健診機関の名称		

振込先金融機関		口座番号(右づめ)				
銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 支所 出張所					
種別	口座名義人フリガナ					
1 普通	口座名義人氏名					

委任欄	私は、次の者に助成金の受領に関する権限を委任します。		
	受任者(口座名義人)	委任者(口座名義人以外の方)	
	住所 氏名	氏名	印