

(第12条関係)

1人分で請求する場合の記入例

※請求日は未記入でお願いいたします。

令和 年 月 日

誤って記入してしまった場合、二重線を引いて訂正し、修正箇所付近に署名してください。

8522 → ~~8522~~
8511
厚木 市郎

243-8511

厚木市中町3-17-17

厚木 市郎

電話番号 046-000-0000

※金額は厚木市側で記入しますので未記入でお願いします。

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	78978978	
フリガナ	アツギ イチロウ	
受診者氏名	厚木 市郎	
生年月日	大正 昭和 19年 1月 1日	大正 年 月 日 昭和

受診日	令和 5年 5月 28日	令和 年 月 日
健診機関の名称	○△健診センター	

振込先金融機関		口座番号(右づめ)								
神奈川	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本厚木	支店 支所 出張所	0	0	9	8	8	8	8
種別	口座名義人フリガナ	アツギ イチロウ								
1 普通	口座名義人氏名	厚木 市郎								

委任欄	私は、次の者に助成金	振込先と請求者が異なる場合は、委任欄に記入・押印(朱肉を使う印鑑)をお願いいたします。				
	受任者(口座名義人)				氏名	印
	住所					
	氏名					

(第12条関係)

ご夫婦2人分を請求する場合の記入例

※請求日は未記入でお願いいたします。

和 年 月 日

誤って記入してしまった場合、二重線を引いて訂正し、修正箇所付近に署名してください。

8522 → ~~8522~~
8511
厚木 市郎

243-8511

本市中町3-17-17

厚木 市郎

厚木 花子

電話番号 046-000-0000

※金額は厚木市側で記入しますので未記入でお願いします。

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	78978978	68685555
フリガナ	アツギ イチロウ	アツギ ハナコ
受診者氏名	厚木 市郎	厚木 花子
生年月日	大正昭和 19年 1月 1日	大正昭和 20年 3月 1日

受診日	令和 5年 5月 28日	令和 5年 5月 28日
健診機関の名称	○△健診センター	○△健診センター

振込先金融機関		口座番号(右づめ)								
神奈川	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本厚木	支店 支所 出張所	0	0	1	2	3	4	5
種別	口座名義人フリガナ	アツギ イチロウ								
1 普通	口座名義人氏名	厚木 市郎								

委任欄には朱肉を使った印を押してください(スタンプ印不可)

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	
	受任者(口座名義人)	委任者(口座名義人以外の方)
	住所 厚木市中町3-17-17	
	氏名 厚木 市郎	氏名 厚木 花子

