

様式第3号(第8条関係)

吉備中央町国民健康保険人間ドック助成交付請求書

令和 年 月 日

吉備中央町長 山本雅則 殿

(申請者)

住 所 吉備中央町

氏 名

㊟

電 話

令和 年 月 日付で交付決定のあった吉備中央町国民健康保険人間ドック助成金を下記により請求します。

請求額 円

金融機関名	支店・支所		
口座番号		フリガナ	
		口座名義人氏名	
委任	支給される助成金の受領について、上記の口座名義人に委任します。 申請者 氏名 ㊟		