別紙

令和 年 月 日

脳検診受診促進助成金交付請求書

一般社団法人 鳥取県トラック協会

会　　長 　 川 上 和 人 殿

申請者

住所

事業者名

代表者 ㊞

脳検診受診促進助成金交付要綱第５条の規定に基づき、関係書類を添えて助成金の支払いを請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付請求額 | 金 円 | | | | | | |
| 検査医療機関名 |  | 行政・他団体  等の補助申請 | | | 無・有（ 円） | | |
| 受診検査名  ※該当検査に〇印 | ①脳ドック ②脳ＭＲＩ検査 | | | | | | |
| 対象受信者 | 氏名：  生年月日： 年 月 日 | | 男  女 | 氏名：  生年月日： 年 月 日 | | 男  女 |
| 氏名：  生年月日： 年 月 日 | | 男  女 | 氏名：  生年月日： 年 月 日 | | 男  女 |
| 氏名：  生年月日： 年 月 日 | | 男  女 | 氏名：  生年月日： 年 月 日 | | 男  女 |

振込先

銀行支店名：

預金種別：

口座番号：

：

添付書類

①医療機関等の請求書（写） ②受診項目が分かるもの（写）

③③受診者氏名が分かるもの ④領収書（写）又は銀行振込書（写）

※②、③については請求書等に記載があれば不要