

別記様式第2号(第13条関係)

七飯町肝炎ウイルス検診費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

七飯町長 様

申請者 住所

氏名

印

電話番号

肝炎ウイルス検診における検診費用償還払を受けたいので、七飯町肝炎ウイルス検診受診促進事業実施要綱第13条の規定により申請(請求)します。

受診者氏名			
生年月日	年 月 日 ( 歳)		
受診年月日	年 月 日		
受診した医療機関名			
金額	円		
補助金額	円		
補助金の受取方法	金融機関	銀行・組合 金庫・農協	支店・支所 出張所
	預金種目	当座・普通	口座番号
現金 振り込み	フリガナ		
	口座名義人		

添付書類

- 1 医療機関の領収書
- 2 クーポン券
- 3 各種保険証及び身分証明書等本人であることを確認できる書類の写し