

様式第 1 号（第 4 条関係）

南相木村脳ドック検査費用補助金交付申請書

年 月 日

南相木村長 様

申請者	住所 南相木村	番地
	氏名	印

脳ドック検査費用補助金を、下記のとおり申請します。

受診医療機関名	
受診（予定）日	年 月 日
基本検査料金	円（税込）
加入医療保険の助成額	円
補助金交付申請額	円

（添付書類）

健康保険証の写し