別記様式（第４条関係）

中川村後期高齢者健康診査補助金交付申請・請求書

　　年　　月　　日

　　　中川村長　様

住　所　中川村 　　　　　　　　番地

氏　名 　　 　　　　　 　　印

電　話

　　下記のとおり後期高齢者健康診査補助金を交付されるよう申請・請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証番号 |  |
| 受診者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 受診年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 受診した医療機関等 |  |
| 請求額 | 費用額の1/2（限度額20,000円）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 添付書類 | ・領収書  ・健診結果通知書 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込み先金融機関 | 銀行  　　 金庫  農協 | | 支店    支所 |
| （ふりがな）  口座名義人 |  | | |
|  | | |
| 口座番号 | 普通  当座 |  | |
| 委任状 | なお、交付される補助金の受領については口座名義人に委任します。  氏　名　　　　　　　　　印 | | |