

様式第 1 （第 5 条関係）

小牧市高齢者等健康診断書料助成交付申請書

年 月 日

（宛先）小牧市長

申請者 住所
氏名
電話番号

小牧市高齢者等健康診断書料助成交付要綱第 5 条の規定に基づき、健康診断書料の助成を受けたいので申請します。

対 象 者	
健 康 診 断 受 診 日	年 月 日
医 療 機 関 名	
交 付 申 請 額	金 円

健康診断書の利用目的

生計を一にする世帯の状況

氏 名	続 柄	年 齢	職 業	備 考

健康診断書料助成の可否を審査するため、生計を一にする世帯全員の市民税課税状況等を担当者が確認することに同意します。

氏名（署名） _____

※健康診断書の写し、領収書の写しを添付してください。

請 求 書

金

円

ただし、 年度小牧市高齢者等健康診断書料助成金として、
上記のとおり請求します。

年 月 日

(あて先) 小牧市長

請求者 住所

氏名 (署名)

- 1 助成金については、下記の口座に振り込み願います。
- 2 助成金については、下記口座名義人に受領委任します。

委任者氏名 (署名)

口座振込 金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農 協 支 店
預金種別	普通 ・ 当 座
口座番号	
ふりがな 口座名義人	