

様式第3号（第6条関係）

原村健診事業補助金請求書

年 月 日

原村長 様

申請者 住所 原村 番地 地区  
(受診者)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

健診事業補助金を下記のとおり請求します。

請求額 \_\_\_\_\_ 円

振込口座	金融機関名	支店名
	口座番号	普通・当座
口座名義人	ふりがな	
	氏名	

支給される補助金の受領については上記口座名義人に委任します。

※ 申請者以外の口座振込希望の場合は、下記に申請者名を記入して下さい。

口座名義人が申請者本人の場合は記入不要です。

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)