

別記第1号様式（第5条関係）

荒川区脳ドック受診費用助成金交付申請書

年 月 日

荒川区長 殿

被保険者証番号				
利用者	氏 名			
	生年月日	年 月 日	保険種類	国保・後期
	住 所	〒 荒川区 丁目 番 号 電話 ()		
	医療機関		受診(予定)年月日	年 月 日

代理人（申請時点で同一世帯以外の方）による申請の場合は委任状が必要です。

申請者	住 所	荒川区 丁目 番 号
	電 話	()
	ふりがな	
	氏 名	

荒川区脳ドック受診費用助成金について、下記のとおり交付申請します。

交付申請額 (助成対象経費)	金 円 (金 円)
-------------------	--------------

事務処理欄 (号)				
年 月 日受 付	資格等確認	係員	係長	課長
年 月 日資格確認				
年 月 日決 定				
【交付決定・不決定 ()】				