

第1号様式(第3関係)

志木市健康診査事業補助金交付申請書

年 月 日

志木市長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 生年月日 _____ 年 月 日 (歳) _____
 電 話 _____ - _____ - _____

私の世帯に係る市民税課税額(非課税額)に関する情報を収集することに同意し、志木市健康診査事業補助金の交付を次のとおり申請します。

受診者 (申請者本人であれば記入不要)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	電 話	— —
受診医療機関名		
受診日	年 月 日	
受診した健診名	特 定 健 康 診 査	
負担額	円	
添付書類	(1) 費用負担額の領収書(原本) (2) 1月2日以降に転入した方は、前住地の非課税証明書	

[振込先]

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		
名義人		

※がん検診・肝炎ウイルス検診は、補助金交付の対象になりません。