

第3号様式(第6条関係)

松田町後期高齢者医療被保険者人間ドック補助金交付請求書

年 月 日

松田町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

請求金額 円 _____

ただし、松田町後期高齢者医療被保険者人間ドック補助金として

上記金額を次の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合			本店 支店
預金の種類	1. 普通預金 2. 当座預金	口座番号		
口座名義人	(フリガナ)			