様式第４号（第８条関係）

奈義町国民健康保険人間ドック費用補助金請求書

　　令和　　年　　月　　日

　奈義町長　　奥　　正　親　　様

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　奈義町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

令和　　年　　月　　日付け、奈税住第　　　号で確定通知のあった奈義町国民健康保険人間ドック費用補助金について、次の通り請求します。

　なお、補助金は次の口座へ振込を依頼します。

記

１　補助金請求金額　　　　　　　　　円

２　振込先金融機関　　金融機関名：

　　　　　　　　　　　　　口座種別：

　　　　　　　　　　　　　口座番号：

　　　　　　　　　　　　　フリガナ：

　　　　　　　　　　　　　口座名義：