

別記様式（第5条関係）

年 月 日

大山町長 様

申請者（受診者） 住 所 大山町
氏 名
電話番号

大山町乳房超音波検査受診費用助成金交付申請書

大山町乳房超音波検査受診費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、
次のとおり関係書類を添えて大山町乳房超音波検査受診費用助成金の交付
申請をします。

記

交 付 申 請 額	円
受 診 日	年 月 日
受 診 医 療 機 関	
必 要 書 類	1 領収書（の写し） 2 大山町けんしんパスポート

（ここから下は窓口で記入します。）

債権者登録 あり なし（登録用紙添付）
添付書類 領収書等 大山町けんしんパスポート