

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

大山町脳ドック受診費用助成金交付申請書

大山町脳ドック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脳ドック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 脳ドック検査結果記録票（の写し） 2 領収書等（の写し） 3 特定健康診査結果記録票または 人間ドック検査結果記録票（の写し） 4 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

☐脳ドック検査結果記録票

☐領収書等

☐大山町けんしんパスポート

☐特定健康診査結果記録票 又は 人間ドック検査結果記録票