

様式第6号（第9条関係）

年 月 日

嬉野市長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

受診者名 (受診者との関係)

※受診者が申請者と同一の場合は記入不用

健康診査補助金交付請求書

下記のとおり請求します。

記

補助金請求額 円

振込先

金融機関名	(銀行・金庫・組合)
	(支店・支所)
種 類	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ 口座名義	

※ 振込先の通帳のコピーを添付してください。