(様式第1号)

町長	副町長	課長	係長	係	交付	交付決定番号	第 号
						査定額	円
						交付決定額	円
令和 年 月 日					不交付	事由	
右のとおり決定してよろしいか。							

人間ドック事業補助金交付申請書							
被保険者証	記号	なごそ	番号		世帯主氏名		
検診受診者	氏名		生年月日		年 月 日生		
	年齢	歳	性別	男・女	世帯主との続柄		
人間ドックの種類	人間ドック（1泊2日・日帰り） 脳ドック						
検査機関名							
検診日（予定）	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
検診料金（消費税込）	円						
上記のとおり検診を受けたいので、補助金の交付を申請します。							
令和 年 月 日							
住所 南木曾町							
世帯主 氏名 印							
南木曾町長 殿							

この書類は、人間ドックを受診する前に提出してください。