

様式第1号

令和 年 月 日

金山町長 殿

申請者 住 所 金山町大字

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号 — —

金山町脳ドック健診費助成金交付対象申請書

令和 年度金山町脳ドック健診費助成金について、金山町脳ドック健診費助成金交付規程第5条の規定に基づき申請します。なお、交付を決定するにあたり、私に関わる関係書類及び資料等を金山町が閲覧することに同意します。

記

○脳ドック健診予定医療機関

医療機関名 _____

○脳ドック健診受診予定時期

令和 年 月 日

○確認欄

- 年齢（40歳から74歳まで）
- 健診にかかる助成金無
- 頭部疾患の治療無
- 5年間金山町脳ドック健診費助成金の交付無