

様式第1号(第4条関係)

袖ヶ浦市がん検診推進事業検診費用助成金交付申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長

様

申請者 住所

氏名

印

連絡先

袖ヶ浦市がん検診推進事業検診費用助成要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 交付申請額

円

2 添付書類 領収書 該当するクーポン券(未使用のもの)

上記のがん検診推進事業検診費用助成金を次の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 本店 支店		
口座種別	普通・当座	フリガナ	
口座番号		口座名義人	