

記入例

様式第1号（第5条関係）

令和8年●月●日

八幡平市長 様

申請者 住所 八幡平市野駄第21地割170番地
氏名 八幡平 太郎
生年月日 令和8年●月●日
電話番号 090-0000-0000

八幡平市脳ドック受診助成金交付申請書

八幡平市脳ドック受診助成金について、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

| | |
|--------|----------|
| 受診医療機関 | ○△病院 |
| 受診年月日 | 令和8年●月●日 |
| 助成対象経費 | 20,000円 |

支払った額が20,000円を超えた場合は「20,000円」と記入してください。
超えなかった場合は、その金額を記入してください。

【添付書類】

- 脳ドックを受診したことを証明する書類（受診年月日及び金額の記載のある領収書）の写し
- 申請者の個人番号カード、パスポート又は運転免許証その他官公署が発行した免許証、許可証若しくは資格証明書等（本人の写真が貼付されたもので、有効期限内にあるものに限る。）の写し。ただし、これらの書類を提出できない場合は、医療保険の資格確認書、各種公的年金証書等官公署発行の書類で本人しか持ち得ないと判断されるもの（有効期限内にあるものに限る。）の写しについて、いずれか2点を提出するものとする。

様式第2号（第8条関係）

年 月 日

八幡平市長 様

申請者ご本人の印鑑を
押印してください。

申請者 住所 八幡平市野駄第21地割170番地
氏名 八幡平 太郎
電話番号 090-0000-0000

八幡平市脳ドック受診助成金交付請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定通知のあった八幡平市脳ドック受診助成金に係る助成金の交付を受けたいので、次のとおり請求します。

赤字の部分を記入してください

- 請求額 円
- 振込先

| | | | |
|----------------|----------------------|---------|-------|
| 金融機関名 | ○△銀行 | 支店名 | 八幡平支店 |
| (フリガナ) 口座名義 | ハチマンタイ タロウ 八幡平 太郎 | | |
| 口座番号 | 普通・当座・() | 1234567 | |