様式第３号（第７条関係）

立科町がん検診助成金交付請求書

令和　　年　　月　　日

立科町長　両角 正芳　様

申請者　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　立科町大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

令和　　年　　月　　　日付けで交付決定のありました立科町がん検診助成金を

下記のとおり請求します。

記

がん検診の種類　　　胃がん　・　乳がん　・　子宮頸がん

助成金交付請求額　 　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  金融機関 | 農協　　　　支店  　　　　銀行　　　　支店  　　　　信組　　　　支店 | 口　座  名義人 | フリガナ |
|  |
| 口座番号 |  |
| 口座の種類 | 普　　通　　　　　・　　　当　　座 | | |

※申請者名義の口座を記入してください。