

振動障害特殊健康診断費助成金申請書

年 月 日

新得町長 様

申請者 住所
氏名 印
連絡先 () 一

金 円

新得町振動障害特殊健康診断助成金交付要綱第5条の規定により、助成金の交付を申請します。

また、申請に際し町税等の納入状況について確認することを承諾します。

振動障害特殊健康診断受診明細書

受診年月日	受診医療機関	受診料	助成金
		円	円

添付書類

- ・ 受診費領収書
- ・ 診療明細書

振込先口座

金融機関名	支店名	預金種目	口座名義	口座番号