

年 月 日

町田市国民健康保険及び後期高齢者医療制度人間ドック受診補助金 請求書

町田市長 様

年 月 日付け 町い保第 号により交付決定がありました補助金等について、
町田市補助金等の交付に関する要綱第10第1項の規定により、下記のとおり請求します。

記

○太線の枠内をご記入ください。

補助金等の交付請求額		円
補助金等の交付決定額		円
受診者（申請者）	住 所	〒 -
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	

年 月 日

日付は空欄のままにしてください。

町田市国民健康保険及び後期高齢者医療制度人間ドック受診補助金 請求書

町田市長 様

日付等は空欄のままにしてください。

年 月 日付け 町い保第 号により交付決定がありました補助金等について、
町田市補助金等の交付に関する要綱第 1 0 第 1 項の規定により、下記のとおり請求します。

記

○太線の枠内をご記入ください。

補助金等の交付請求額		10,000	円	交付請求額・交付決定額ともに、交付申請書の「請求額」を記入してください。
補助金等の交付決定額		10,000	円	
受診者 (申請者)	住 所	〒 194 - 8520 町田市森野2-2-22		
	フリガナ	マチダ ハナコ		
	氏名	町田 花子		
	電話番号	042-724-4027		

交付申請書に記入した、申請者の住所・氏名・電話番号を記入してください。