

* 記入見本 *

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

松本市検診等補助金交付申請書（実績報告書）

（宛先）松本市長 様

*** 申請者氏名は受診者の名前でご記入ください**

住所 住所
申請者氏名 松本 花子
電話番号 電話番号

必要書類を添えて、次のとおり補助金交付を申請します。

ふりがな 受診者氏名	まつもと はなこ 松本 花子
生年月日	生年月日・年齢 年 月 日（ 歳）
検診名	受診した検診名
受診日	受診日 年 月 日
検診実施機関	医療機関名または検診場所
補助金申請額	受診料 円
添付書類	① 受診費用の領収書 ② 無料券 ③ その他（ 大腸がん検診 :500円 乳がん検診 医療機関 :1500円 医師会・支所・出張所 :1000円 子宮頸がん検診 :800円

以下担当課記入欄

補助金の交付を決定（却下）してもよろしいでしょうか

決 裁 欄	係	係長	課長補佐	課長	受付年月日	年 月 日
					決裁年月日	年 月 日

補助金決定額 円