

様式第 1 号

斑鳩町脳ドック健診
助成金交付申請書

健 診 希 望 者 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	斑鳩町	電話番号	()
健 診 医 療 機 関			
生活保護 適用の有無	有 ・ 無	治療中の 頭部疾患 の有無	有 ・ 無
他の保健事業等の助成金の交付の有無			有 ・ 無

納税状況について関係税務当局に報告を求めることについて承諾し、斑鳩町
脳ドック健診助成金交付要綱第 4 条の規定により、上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

斑鳩町長 様

申請者 住 所 斑鳩町
氏 名

※氏名欄について、自署によらない記名の場合は、
本人確認書類の提示又は提出が必要となります。

確認欄	第 2 条 1 号	第 2 条 2 号	第 2 条 3 号	第 2 条 4 号	第 2 条 5 号