

別記様式第1号(第6条関係)

吉富町女性のためのエクオール検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

吉富町長 様

申請者 住所 吉富町大字 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

吉富町女性のためのエクオール検査費助成事業実施要綱第6条の規定により、必要書類を添えて下記のとおり検査費用の助成を申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
助成対象者			
検査日	年 月 日		
□検査キットは、公益社団法人豊前築上医師会健康保健所にて、自らが使用する目的で購入したもので間違いありません。			
支払金額	円	助成金額	円
振込先	金融機関 ( 支店) 口座番号 普通・当座 _____ フリガナ 口座名義		

※フリガナは、口座名義人のとおり、正確に記載してください。

※振込先は、助成対象者名義の口座を記入してください。

(添付書類)

- 1.検査費用が確認できる領収書又はレシートの写し
- 2.前号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類