

歯科口腔健康診査等助成申請書兼請求書

年 月 日

輪島市長

(申請者) 住 所

氏 名

連 絡 先

輪島市歯科口腔健康診査等助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。
 なお、以下の全ての事項について同意します。

- ・ 本申請の審査に必要な範囲で市が住民基本台帳の確認を行うこと。
- ・ 本申請の審査に必要な範囲で市が医療機関等に照会を行うこと。

助成対象者	フリガナ				生年月日
	氏名				年 月 日
	住所				
助成申請額等	区分	後期高齢者 歯科口腔健康診査	歯周病検診	妊婦歯科健康診査	
	医療機関名				
	医療機関所在地				
	受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	受診費用(A)	円	円	円	
	限度額(B)	5,800 円	5,100 円	3,500 円	
	助成申請額 (A)又は(B)の いずれか低い額	円	円	円	
添付書類(写し)	<input type="checkbox"/> 医療機関が記載した受診票 <input type="checkbox"/> 歯科口腔健康診査等の受診に係る領収書 <input type="checkbox"/> 振込口座を確認できる書類(通帳又はキャッシュカード)				

振込口座(申請者本人の口座を記入してください。)

金融機関名		支店名		種別
	銀行 金庫 農協		本店 支店(支所) 出張所	普通 当座
口座番号(右詰)		口座名義(カナ)※通帳の表記に合わせてください。		