

深谷市歯周病検診助成金交付申請書

年 月 日

深 谷 市 長 宛て

深谷市歯周病検診助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金を申請します。なお、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり本市が保有する住民基本台帳、納税状況等の確認、受診歯科医療機関に照会することに同意します。

記

ふりがな			
氏 名 ※自署	生年月日 年 月 日		
住 所	〒 深谷市	電話番号※日中連絡のとれる番号を記入	
受診歯科 医療機関	名 称		
	住 所		
	電 話		
検診受診日	年 月 日	検診に要した費用 (自己負担額)	円

振 込 先	銀 行	本 店	種 目	1 普通	2 当座
	信用金庫	支 店	口 座 番 号		
	信用組合 農 協	支 所 出張所			
	フリガナ				
	口座名義人	(本人名義の口座を記入)			

※太枠内を御記入下さい。

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 受診した結果等必要事項が記載された歯周病検診受診票等
	<input type="checkbox"/> 領収書
	<input type="checkbox"/> 検診費用明細書（領収書に記載されている場合は省略可）
	<input type="checkbox"/> 振り込みを希望する口座の通帳（確認用）

※市処理欄（以下には記入しないでください）

要件確認	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 対象者（節目・妊婦） <input type="checkbox"/> 受診歴なし <input type="checkbox"/> 委託外医療機関 <input type="checkbox"/> 申請日（検診対象年度内・妊婦は受診日から1年以内） <input type="checkbox"/> 滞納がないこと		
助成結果	自己負担額 円	助成対象額 円	交付決定額 円
交付年度	年度	交付決定 年月日	年 月 日 番号 —