

中泊町個別フッ化物歯面塗布助成金申請書

年 月 日

中泊町長

申請者

〒

住所 _____

氏名 _____

(受診者との関係： _____)

中泊町個別フッ化物歯面塗布事業実施要領第9条の規定に基づき、関係書類を添えて以下の通り助成金を申請します。

1. 申請内容

受診者氏名		生年月日	
医療機関への 支払い額	円	連絡先 (電話番号)	
医療機関名			

2. 振込先

金融機関名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人	(フリガナ)		

※保護者名義の振込先を記入してください。

添付書類	<input type="checkbox"/> フッ化物歯面塗布の領収書
	<input type="checkbox"/> フッ化物歯面塗布の実施が確認できるものの写し
	<input type="checkbox"/> 通帳等振込先が確認できるものの写し