様式第５号（第１２条関係）

年　　月　　日

　能代市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医療機関

住　所

名　称

代表者 印

能代市脳ドック検診費助成額請求書

　能代市脳ドック検診費助成要綱第１２条の規定により、下記のとおり請求します。

記

１　請求金額　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

　２　請求内訳　【　　年　　月分】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| コース名称等 | ①  実施人数 | ②  検診料金の２分の１の額  （上限２０，０００円） | ③  助成額＝①×② |
|  | 人 | 円 | 円 |
|  | 人 | 円 | 円 |
|  | 人 | 円 | 円 |
| 合　計 | 人 |  | 円 |

　３　添付書類　　　能代市脳ドック検診費助成実施者名簿（様式第６号）

能代市脳ドック検診費助成決定通知書（様式第２号）の写し

　　　　　　　　　　　脳ドック検診結果

　４　振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 本・支店別 | 本・支店 |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義 |  | | |