

別記様式（第5条関係）

神奈川県後期高齢者医療広域連合住所地特例者健康診査助成金請求書

年 月 日

(宛先) 神奈川県後期高齢者医療広域連合長

住所

氏名

印

年 月 日付けで交付決定のありました神奈川県後期高齢者医療広域連合住所地特例者健康診査助成金について、次のとおり請求します。

請求金額		円							
振 込 口 座	金融機関	銀行・農協 本店 信用金庫 支店 信用組合 出張所							
	金融機関コード					支店コード			
	預金種目	普通							
	口座番号								
	フリガナ								
	口座名義人								