

様式第1号（第4条関係）

歯周疾患検診費用助成交付申請書兼請求書

年 月 日

志布志市長 様

歯周疾患検診費用の助成について、志布志市歯周疾患検診費用の助成に関する要綱（令和8年志布志市告示第 号）第4条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請及び請求します。

請求金額 _____ 円

太枠内を記入してください。

申請者	フリガナ氏名	〒		連絡先	
	住所	〒		対象者との続柄	
対象者	フリガナ氏名			生年月日	
	住所	〒			
申請内容	実施医療機関				
	検診実施日	年 月 日	検診費用（ア）	円	
助成上限額（イ）		円	（ア）と（イ） いずれかの低い額（ウ）	円	

受取口座記入欄（申請者名義の口座に限ります。）

振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人（フリガナ）
銀行・信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合 労働金庫	本店 支店 出張所	普通 当座		
口座名義が申請者と異なる場合 上記の助成金の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 _____ 氏名 _____（申請者との続柄： _____） 申請者（委任者）氏名 _____				

【申請に必要なもの】

- 1 歯周疾患検診を実施した医療機関が発行した領収書
- 2 歯周疾患検診結果の写し
- 3 振込先口座の通帳の写し

