

様式第1号（第5条関係）

朝日村精密健康診断に関する補助金申請書

受診者氏名		被保険者証 番 号	
		生年月日	
受診をする医療機関名称			
受診をする医療機関所在地			
上記のとおり、精密健康診断を受診したいので、申請します。			
年 月 日			
住 所 朝日村大字			
氏 名			
(電話番号)			
朝日村長 様			