

様式第1号（第4関係）

成人歯科健診費用助成金交付申請書

年 月 日

陸前高田市長 様

申請者 住 所
氏 名
生年月日
電話番号

陸前高田市成人歯科健診費用助成金の交付を受けたいので、陸前高田市補助金交付規則第3条及び陸前高田市成人歯科健康診査費用助成金交付要綱第4の規定により、下記のとおり申請します。

記

交付申請額	円
-------	---

<内訳>

区分	診療報酬点数	費用	
初・再診料	点	円	費用合計 円
検査	点	円	負担割合 %
医学管理等	点	円	自己負担額 円