

人間ドック利用助成金の変更届出書

年 月 日

大 津 市 長

申請者 住所
(受診者) _____

氏名 _____

電話番号 _____

被保険者証番号 _____

交付決定を受けている人間ドック利用助成金について、下記の通り変更します。

	当初の申請		変更後 (変更箇所のみご記入ください)
種別 (日帰り・入院)		⇒	
病院名			

予約済みの方は、受診日をご記入ください。 _____ 月 _____ 日