

(様式第3号)

## アスベスト健康管理支援事業診療費用償還申請書

(ふりがな) 申請者氏名			性別	男・女
			生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 西暦
住 所	〒 一 宝塚市 電話番号 ( ) -			
アスベスト健康管理手帳 の 交付年月日及び番号	年 月 日交付			
	交付番号			
併用できる医療保険等の 種類	被保険者氏名			
	保険種別			
検査に要した費用	円		左の費用のうち 補助対象額(注)	円
検査を受けた医療機関 の名称及び所在地				
検査受診日	年 月 日			
振込先	金融機関名			支店名
	預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義
アスベスト健康管理支援事業実施要綱に基づき、検査費用の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。				
申請者氏名			印	
年 月 日				
(あて先)宝塚市長				

(注)左の費用のうち補助対象額欄は、市が記入しますので、何も記入しないでください。