

(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)			性別	男 ・ 女	
申請者氏名			生年月日	明治 大正 昭和 西暦 年 月 日	
住 所	〒 ー 宝塚市  電話番号 ( ) ー				
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 別 種 別	普通・当座	口 座 番 号	口座名義	
<p>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。</p> <p>申請者氏名 印</p> <p>年 月 日</p> <p>(あて先)宝塚市長</p>					

(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。