

補助申請書

北海道医療大学後援会
会長 三上 章 殿

【提出日】 [2023 年 3・4 月 日]
【在籍】 [薬 / 歯 / 看護 / 福祉 / 心理 / 理学 / 作業 / 言語 / 検査 / 衛専 / 大学院]
【学生番号】 []
【氏名】 []
【連絡先(携帯番号)】 []
【連絡先(e-mail)】 []
【振込口座情報】 [新規 ・ 変更 ・ 継続]

※継続（以前に口座情報を届けて出ている）の場合は、以下の記載は不要です

【銀行名】 [銀行 ・ 信用金庫] [支店]
【種別】 [普通 ・ 当座]
【口座番号】 []
ふりがな
【口座名義】 []

※通帳の名義を記入して下さい

下記のとおり、補助を申請いたします。

(太枠内のみ記入。ただし、「受診科」は保健センターの受診や薬局の場合は記入不要)

診療を受けた日(診療日)	医療機関(薬局)名	受診科 *保健センター受診/ 薬局は記入不要	領収書金額	*補助額	
				上段: 保険額	下段: 保険外額
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
合計			円	円	円
			*合計		円

注)裏面にも記載欄と補助申請の注意事項があります。
必ず注意事項を読んで申請してください。※振込口座について、新規または変更の場合、通帳またはキャッシュカードのコピー
(口座番号、名義人が記載されている箇所)を1部、添付してください。

