

様式2

脳ドック受診者名簿

事業者名 _____

No.	受診者名	医療機関名	受診年月日	受診費用(税抜)	助成金申請額 <small>(受診費用の1/2 上限10,000円)</small>
1			年 月 日		
2			年 月 日		
3			年 月 日		
4			年 月 日		
5			年 月 日		
				助成金合計	