

捨印

別記様式

日野町人間ドック検診補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

日野町長 様

申請者 住所 日野町

氏名 印
(電話番号)

年度において日野町人間ドック検診を実施しましたので、日野町人間ドック検診補助金交付要綱第4条の規定により、補助金 円を交付されるよう関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

なお、申請請求にあたり世帯の納税状況について、調査・確認すること、および特定健康診査・特定保健指導・住民基本健康診査の実施結果の情報を日野町で保存し、保健指導等に活用することに同意します。

申請内容

被保険者証記号番号	滋日
受診被保険者氏名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
検診を受ける病院等 所在地・名称	
検 診 期 日	年 月 日
検 診 費 用	円 (がん検診以外のオプション経費は除く)
補 助 額	円 (検診費用×1/2=千円未満切捨)
添 付 書 類	領収書、人間ドック検診結果票、質問票、特定健診受診券
補助金振込希望 金 融 機 関	銀 行 本 店 信用金庫 支 店 (普・当) 農 協 出張所
	フリガナ 預金名義人

- ※注意 ①補助額は、費用額の2分の1で、限度額は20,000円が上限です。
②当該年度における国保特定健康診査または住民基本健康診査を受けた方(受ける方)は標記補助金を受けられません。

補助金受領にかかる委任

標記補助金の受領を上記口座名義人が受領することを委任します。

申請者 氏名 印