様式第１号（第５条関係）

池田町国民健康保険人間ドック等補助金交付申請書兼請求書

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

池田町長　様

　　　　　　　　　 　　　　　　　　　申請者（世帯主）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所 池田町大字

 氏　名 　　　 　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　下記のとおり人間ドック等を受診しましたので、補助金を交付して下さい。なお、受診結果について、保健指導に用いることを承諾します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（世帯主との続柄） |
| 被保険者証　記号・番号 | **池田** |
| 受診者生年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 年齢 | 　　　　　歳 |
| ドックの種類 | 人間ドック（日帰り・一泊）　 | 受診年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 脳ドック | 受診年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 受診した医療機関 | （人間ドック） |
| （脳ドック） |
| 支払った金額 | （人間ドック）　　　　　　　円 | 補助金請求額 | 金　　　　　　　　円 |
| （脳ドック）　　　　　　　　円 |

補助金振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関 |  　 　　　　銀行 　 支店 　 　　金庫 　 本店　農協　　　　　　支所　組合 　 本所 | ※口座名義人が申請者でない場合に記入【委任欄】なお、支給される補助金の受領については口座名義人に委任します。申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印 |
| 預金種類 | 普通預金 ・ 当座預金 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  |
| 口座名義人 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　上記申請者は国民健康保険税の過年度分を完納していることを確認しました。 | 担当者確認印 |  |

＊添付書類

医療機関発行の領収書等、健診結果表、初めての方は通帳口座部分のコピー