様式第３号（第７条関係）

池田町人間ドック等助成金交付申請書兼請求書

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

池田町長　様

　　　申請者（受診者）　　住　所

氏　名 　　　 　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

人間ドック等助成金の交付を受けたいので、次の事項に同意のうえ、申請します。

　　１　助成金交付の審査に必要な情報を役場担当課へ照会すること。

２　町が実施する保健指導を受けること。

３　健診結果を、各種統計に利用すること。（個人が特定されることはありません。）

|  |  |
| --- | --- |
| （国保）保険証記号番号  （後期）被保険者番号 | どちらかに〇　　　国保　・　後期 |
|  |
| 受診者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ドックの種類 | 日帰りドック　・　１泊２日ドック　・　脳ドック |
| 受診年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 受診医療機関 |  |
| 受診費用 | （人間ドック）　　　　　　　　　円 |
| （脳ドック）　　　　　　　　　　円 |
| 交付申請額（請求額） | 金　　　　　　　　　円 |

＊添付書類　　　医療機関発行の領収書等、健診結果、問診票

振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | ※口座名義人が申請者（受診者）では  ない場合に記入  【委任欄】支給される助成金の受領については口座名義人に委任します。  申請者（受診者）  　　　　　　　　　　　印 |
| 支店名 |  |
| 口座番号 | 普通・当座 |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

以下、役場使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 【国保】受診者が保険税の過年度分の滞納がない世帯に属する者である。 | 税務担当者　確認印 |
| 【後期】受診者が保険料の過年度分の滞納がない者である。 |