

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○ 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。 | |