

様式第1号(第6条関係)

北本市後期高齢者医療人間ドック検診等補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 北本市長

住所
氏名
電話 ()

人間ドック検診等補助金の交付を受けたいので、北本市後期高齢者医療人間ドック検診等補助金交付要綱第6条の規定により申請します。なお、必要に応じ、検診結果を北本市が実施する保健指導等に利用すること、及び検診結果の一部を国の統計資料として使用することに同意します。

記

申請者	ふりがな氏名			
	住所			
	生年月日	年 月 日(歳)		
世帯主の氏名				
被保険者証番号				
検診の種類別		人間ドック 脳ドック		
受診日		年 月 日		
受診病医院名				
検診料金		円		
補助金申請金額		円		
振込先	金融機関名			支店名
	預金種目	普通 当座	口座番号	
	ふりがな口座名義			

※ 人間ドック検診等に係る領収書及び検診結果の写しを添付してください。

交付要件の有無

1	2	3
有 無	有 無	有 無

- 1 北本市に住民登録をしている者
- 2 後期高齢者医療保険料を滞納していない者
- 3 年度内に補助金の交付を受けていない者