

八潮市後期高齢者人間ドック・脳ドック補助金申請書

八潮市後期高齢者人間ドック・脳ドック補助金交付要綱第5条の規定により、補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請書提出日になります。

被保険者
番号

番号 9 9 9 9 9 9 9 9

申請日

年 月 日

人間ドック
・脳ドック
受診者

住所 八潮市 中央1-2-1 OOハイツ101号室

氏名 八潮 一郎

生年月日 昭和20年4月20日(76歳)

該当するものに○をつけてください。

検査事項	検査項目	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック・ <input type="checkbox"/> 脳ドック	検査期間	令和〇年〇月〇日
	医療機関名	〇〇病院		
	検査費用	50,000円		

該当するものに○をつけてください。

該当するものに○をつけてください

1. 血圧を下げる薬を飲んでいる (はい・いいえ) 2. 血糖を下げる薬を飲んでいる (はい・いいえ)
 3. コレステロールを下げる薬を飲んでいる (はい・いいえ) 4. タバコを吸っている (はい・いいえ)

※添付書類 病院等から発行された領収書の写し 診断結果の写し(人間ドックを受けた場合に限る。)
健康診査受診券(人間ドックを受けた場合に限る。)

切り離さないこと

八潮市後期高齢者人間ドック・脳ドック補助金請求書

科目	款 項 目 事業 節 細 節 細々節				請求金額 (金額頭部に¥記入)	千	百	十	万	千	百	十	円
	件	名	数	量		単	価	金	額	摘	要		
人間ドック・脳ドック補助金	(月分)											

被保険者本人の
住所・氏名を
記入します。

上記のとおり請求しますので、次の口座に振込みをお願いします。

申請書提出日になります。

請求日

年 月 日

住所

八潮市 中央1-2-1
OOハイツ101号室

氏名

八潮 一郎

振り込み先の
口座を
記入します。

振込先金融機関				種別	口座番号						
△△	銀行	××	支店	普通	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	信用金庫	ヤ	シオ	ハナ	コ						
口座名義		八	潮	花	子						