

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。

| | | | | | | | |
|-----------------------|-------|------------|------|---|---|----|---|
| 被保険者 番号 | 番号 | 申請日 | | | 年 | 月 | 日 |
| 人間ドック ・脳ドック 受診者 | 住所 | 八潮市 | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | (| 歳) | |
| 検査事項 | 検査項目 | 人間ドック・脳ドック | 検査期間 | | | | |
| | 医療機関名 | | | | | | |
| | 検査費用 | | | | | | |

↓ 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 | 節 | 請求金額 (金額頭部に¥記入) | | | |
|---------------------|---|---|---|----|---|---|---|---|---|--------------------|----|----|----|
| | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | |

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。

| | | | | |
|-----------|-----|-------|------|---|
| (宛先) 八潮市長 | 請求日 | 年 | 月 | 日 |
| 住所 八潮市 | 氏名 | | | |
| 振込先金融機関 | | | | |
| 銀行 | 店 | 種別 | 口座番号 | |
| 信用金庫 | | 普通・当座 | | |
| フリガナ | | | | |
| 口座名義 | | | | |