

年 月 日

加東市長 様

申請者 住 所
 (受診者) 氏 名
 電話番号

加東市後期高齢者医療人間ドック受診費用助成金交付申請書兼請求書

人間ドック受診費用助成金の交付を受けたいので、加東市後期高齢者医療人間ドック受診費用助成要綱第5条の規定により申請します。申請に際して、市が、私と世帯員の後期高齢者医療保険料の納付状況及び私の市税その他市の債権に係る徴収金の納付状況を調査すること、保健事業に使用するために受診施設から受診結果の提供を受けること並びに第5条第3項の申請に対して助成金の交付を決定した後は、この申請書を請求書として取り扱うことに同意します。

被 保 険 者 番 号				
被 保 険 者 (受 診 者)	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日		年 齢 (受診日時点)	歳
施 設 名 等	<input type="checkbox"/> 加東市民病院 1日人間ドック 受診予定日 (年 月 日)			
	<input type="checkbox"/> その他の施設 (<input type="checkbox"/> 1日人間ドック <input type="checkbox"/> 1泊2日人間ドック) 施設名 () 所在地 () 受診日 (年 月 日)			

※その他の施設で受診された場合は、領収書（原本）を添付してください。

申 請 額 金 _____ 円

振 込 先 銀 行 口 座	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協 ()					支 店 出張所 ()				
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号								
	(フリガナ)										
	口座名義人										

確認事項

- 受診（予定）日時点で市の住民基本台帳に記録されている後期高齢者医療の被保険者である。
- 受診者及び世帯員に後期高齢者医療保険料の滞納がない。
- 受診者に市税その他市の債権に係る徴収金（後期高齢者医療保険料を除く。）の滞納がない。
- 同一年度内に加東市が実施する健康診査を受診していない。