

塗りつぶし箇所を記入してください

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

加東市長 様

住 所

氏 名

電話番号

加東市国民健康保険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、加東市国民健康保険人間ドック受診費用助成要綱第5条の規定により申請するとともに、申請に際して、市が、受診施設から受診結果の提出を受けること、私の市税等の納付状況及び世帯主の国民健康保険税の納付状況を調査すること並びに第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				
世 帯 主 氏 名				
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

助 成 金 振 込 先	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)日時点で加東市国民健康保険の被保険者である。
- 受診者に住民税その他市の債権に係る徴収金の滞納がない。
- 世帯主に国民健康保険税の滞納がない。
- 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。