

人間ドック助成金交付申請書

被保険者証記号番号	四 国	受診者名	
受診者生年月日	昭 和 ・ 平 成	年	月 日
受診年月日	令 和	年	月 日
受診検査機関	検査機関名		
	所在地		
費用額・助成金額	受診額	円	助成金額 円

<振込口座>

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人
銀行・金庫・農協		普通		(ふりがな)
		当座		

四條畷市国民健康保険人間ドック・脳ドック助成事業実施要綱第12条第1項の規定により、申請します。

令和 年 月 日

四條畷市長 あて

住 所

申 込 者 氏 名

電 話 () -

※ 以下は記入しないでください。

確 認 事 項	受診時の年齢30歳以上	可 ・ 否	受 付 印
	内臓疾患及び脳疾患による治療を受けていない	可 ・ 否	
	年度内初めての受診	可 ・ 否	
起 案 日	令 和 年 月 日		
決 裁 日	令 和 年 月 日		
上記の申込者については、人間ドック助成事業対象者であると認められるので、助成金を交付してよろしいか伺います。		課 長	担 当
助 成 金 振 込 日		令 和 年 月 日	