

花巻市後期高齢者医療人間ドック助成金交付申請書

令和 年 月 日

花巻市長 様

申請者 住 所 〒

氏 名 印

電話番号

花巻市後期高齢者医療人間ドック助成事業による助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記により申請します。

受診者	被保険者証番号			
	(フリガナ)		性別	申請者との続柄
	氏 名		男・女	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	(歳)	
受診した医療機関等				
受診年月日		令和 年 月 日		
検査料金		円	交付申請額	円
希望する振込先金融機関	金融機関名		支店名	
	口座の種類 普通・当座		口座番号	
	口座名義人 (申請者と異なる場合は委任状が必要です。)			

(添付書類)

- 1 医療機関等の発行した人間ドック受診に係る領収書の写し
- 2 人間ドックの検査結果及び問診票の写し

(以下は記入不要です。)

処 理 欄	伺) 上記について、助成金の交付を決定 (却下) してよろしいか					受 付
	課 長	課長補佐	係 長	係 員	担 当	
	決定日	令和 年 月 日				