様式第1号(第７条関係)

小海町人間ドック等健康診査補助申請書兼請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 　(提出先)　小　海　町　長　殿 | 年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　住所　　小海町　　　 　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 |

　以下のとおり（人間ドック・脳ドック・総合ドック）を受診しましたので、小海町人間ドック等健康診査補助金交付要綱の規定にもとづき、補助金を交付してください。

なお、この補助金の申請にあたり、町の徴収金等の納付状況について、関係部署に確認することに同意します。

補助金交付申請および請求額　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |
| --- | --- |
| 受診の状況 | 受診者氏名　　　　　　　　　　　　 生年月日等　　　　　年　　月　　日（　　　歳）受診医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　受診年月日　　　　　年　　月　　日 |
| 補助金の算出基礎 | 人間ドック　国保、後期　上限30,000円、被用者保険等　上限15,000円脳ドック　　国保、後期　上限30,000円、被用者保険等　上限15,000円総合ドック　国保、後期　上限30,000円、被用者保険等　上限15,000円（年度内に上記のいずれか１回、また、脳ドックについては５年に１回） |
| その他 | 健康保険証の種類　　国保・社保・組合・共済・後期・その他(　　　)健康保険からの補助　有(　　　　　　円)・無事業所からの補助　　有(　　　　　　円)・無 |
| 添付書類 | 医療機関発行の領収書・健康保険証の写し・健診結果票の写し |
|  **申請にあたり、保健予防事業に供するため、小海町が健診結果等の情報を収集、使用、閲覧することについて同意します。**申請者自署　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

補助金振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　農協　　　　　　銀行　　　　　　　支所　　　　　　信用金庫　　　　　　支店　　　　　　信用組合 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |
| (フリガナ) |
| 名義人 |
|
| 委任状 | 　補助金の受領については、上記口座名義人に委任します。　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |