

様式第1号(第5条関係)

国民健康保険・後期高齢者医療人間ドック健診費補助金交付申請書			
被保険者 加入保険	国民健康保険 ・ 後期高齢者医療		
被保険者 記号・番号	(枝番)		
受診者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
被保険者 資格取得日	年 月 日	住民と なった日	年 月 日
国民健康保険税及び 後期高齢者医療保険料	完納 ・ 未納		
健診機関	国民健康保険町立小鹿野中央病院		
受診希望日時	年 月 日頃	同時希望受診	乳がん ・ 子宮頸がん
補助金申請金額	30,000円	利用券番号	
備考	電話番号		
<p>上記のとおり補助金の交付を受けたく、申請します。            なお、当該申請に係る審査のため、国民健康保険税及び後期高齢者医療保険料の            納付状況について、関係する担当課に照会することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>小鹿野町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p>			