

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>令和 年 月 日</p> <p>小鹿野町長 様</p> <p>住所 小鹿野町</p> <p>申請者 氏名</p>				

町記入欄

保健課長	予約完了日	予約者	受付者	福祉課送付年月日	送付者
	/			年 月 日	

福祉課長	主幹	副主幹	担当	合議

予： 備：

