

浅口市長 様

住 所  
 申請者(補助対象者本人)  
 氏名  
 生年月日 年 月 日  
 電話番号

浅口市国民健康保険人間ドック費用補助金交付申請書

浅口市国民健康保険人間ドック費用補助金交付要綱(平成29年浅口市告示第44号)第5条の規定により、次のとおり申請いたします。

審査にあたり必要な場合には、浅口市が住民基本台帳又は市民税課税台帳等により照会することに同意します。

なお、この申請に伴い提出する人間ドックの受診結果について、特定保健指導に用いることを承諾します。

添付書類

- (1) 受診したことを証明する医療機関の領収書等の原本又は写し
- (2) 受診結果の写し(特定健診における検査項目を満たしているもの)

口座振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合			店 支店 出張所
種 別	1. 普通 2. 当座	口座番号		
口座名義人	フリガナ			
	氏 名			

私は、上記の口座名義人に、浅口市国民健康保険人間ドック費用補助金受領の権限を委任します。

年 月 日

申請者氏名

Ⓜ

※市記入欄	市税	未納あり ・ 未納なし	
	決定年月日	年 月 日	支 給 ・ 不支給