

別記様式第1号(第4条関係)

標茶町脳ドック受診助成申請書

平成25年 月 日

(申請先) 標茶町長

申請者 氏名 印

1 助成を受けようとする者

| | | | | |
|---------------------|---------------|-----|-------|---------|
| 住 所 | 標茶町 | | 電話() | |
| ふりがな | ----- | 性 別 | 男・女 | 生年 (歳) |
| 氏 名 | | | 月 日 | 年 月 日 |
| 健康保険証の種類 | 国民健康保険・その他() | | | |
| 脳血管疾患治療の有無 | 無・有() | | | |
| 体内の金属及びペースメーカーの有無 | 無・有() | | | |
| 加入している健康保険での助成制度の有無 | 無・有() | | | |
| 過去2年間、本事業の利用の有無 | 無・有() | | | |

2 検診機関及び検診予定年月日

| | |
|-------|-------------|
| 医療機関名 | 釧路労災病院 |
| 検診年月日 | 平成 年 月 日 予定 |

脳ドック受診費用の助成を受けたいので、納税確認書を添付のうえ、申請します。
 なお、決定した場合には、次の事をお約束します。

- ・助成金を除いた金額を、医療機関へ支払いします。
- ・助成金の受領に関する権限を、指定医療機関に委任します。
- ・検査結果について、指定医療機関を通じ、町長へ報告する事を承諾します。

| |
|---------------|
| 事務処理欄 () |
| 年 月 日 受 付 |
| 年 月 日 資 格 確 認 |
| 年 月 日 決 定 |
| 決定 ・ 不決定 |