

標茶町脳ドック受診助成申請書

年 月 日

(申請先) 標茶町長

申請者 氏名

1 助成を受けようとする者

住 所	標茶町			電話()		
ふりがな 氏 名	-----	性 別	男・女	生年 月日	(歳) 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1年間、本事業の利用の有無	無・有()					

国保の方のみ

・総合住民健診__月受診済み ・国保ドック申込み 有・無 (__月受診予定)

2 検診予定機関

医療機関名	釧路労災病院	釧路孝仁会記念病院	中標津脳神経外科
-------	--------	-----------	----------

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 (国 ・ 社 号)
年 月 日 受 付
年 月 日 資 格 確 認
年 月 日 決 定
決定 ・ 不決定