

様式第1号（第6条関係）

菰野町特定健康診査に係る未受診者等対策事業に関する助成等申請書

（宛先）菰野町長

年 月 日

申請者（世帯主） 〒      —

住所

氏名

電話番号                      —      —

私は、菰野町特定健康診査に係る未受診者等対策事業実施要綱により助成等を受けたいので申請します。なお、健診結果により特定保健指導が必要と認められた場合は、指導を受けることに同意します。

被保険者証 記号・番号				
健康診断等 受診者	氏 名		申請者との 続柄	
	生年月日		年 齢	
医療機関等	名 称			
	住 所			
	受診日			
	受診料			
確認事項	(確認のうえ、チェックしてください) <input type="checkbox"/> 当該年度の特定健診を受診していない又は受診予定でない。 <input type="checkbox"/> 他の助成制度等を申請していません。			
助成等内容	助成額（                      円） ・ 商品券			

助成金につきましては、次の金融機関へ振込ください。（※商品券の場合は記載不要）

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店	種 別	普通 ・ 当 座						
			口座番号							
			フリガナ							
			口座名義人							