

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

令和〇〇年〇月〇日

申請者（世帯主） 〒510-1200

住所 菰野町大字△△〇〇番地

氏名 菰野 太郎

電話番号 059-×××-××××

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	123456			
健康診断等 受診者	氏名	菰野 太郎	申請者との 続柄	本人
	生年月日	昭和50年10月10日	年齢	46
医療機関等	名称	〇〇病院		
	住所	〇〇郡△△町□□番地□		
	受診日	令和〇年〇月〇日		
	受診料	〇〇. 〇〇〇円		
確認事項	<input type="checkbox"/> （確認のうえ、チェックしてください） <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 他の助成制度等を申請しておりません。			
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							