

様式第 1 号(第 6 条関係)

吉備中央町人間ドック助成交付申請書

年 月 日

吉備中央町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

電 話

吉備中央町人間ドック助成事業実施要綱に基づき、助成金の交付を申請します。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、保健指導に用いることを承諾します。

加 入 医 療 保 険	吉備中央町国民健康保険 ・ 後期高齢者医療保険		
被 保 険 者 番 号			
受 診 者 氏 名	(男・女)		
受 診 者 生 年 月 日	年 月 日	受 診 日 年 齢	歳
受 診 年 月 日	年 月 日		
受 診 し た 病 院 名		1 1 日又は半日 2 1 泊 2 日	(番号に○印)
支 払 っ た 額	円		

※ 申請にあたっては、この申請書のほか必要書類として吉備中央町人間ドック助成事業実施要綱第 6 条第 2 項に規定する受診したことを証明する医療機関の領収書等の原本及び受診結果の写しを添付すること。