

様式第 1 号（第 4 条関係）

松川町後期高齢者医療人間ドック補助金交付申請書

年 月 日

（申請先）松川町長

申請者
住 所
氏 名 印
連絡先（電話）

松川町後期高齢者医療人間ドック補助金交付要綱第 4 条の規定により、松川町後期高齢者医療人間ドック補助金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、交付決定にあたり私の後期高齢者医療保険料及び町税、公共料金に係る資料を閲覧することに同意します。

記

1 実施日 年 月 日

2 実施健診機関または医療機関名 _____

【役場記入】交付申請額

人間ドック費用(A)	他補助額(B)	補助対象額(A-B)	補助申請額	町補助額
円	円	円	費用の 1/2 上限 15,000 円	円

※会社、健康保険組合等から人間ドック費用に対する補助金を受けた場合は、その補助額を除く（添付書類）後期高齢者医療人間ドック領収書(写)及び健診結果(写)

上記補助金を下記の口座に振り込んでください。

振込希望先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫		本店 支店 支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			