

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（受診者） 住 所

氏 名

（生年月日 昭和 年 月 日）

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

3 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(町記入)
円	円	円	費用の 1/2 上限 15,000 円	円
重複受診確認	同じ年度内(4 月 1 日～3 月 31 日まで)に補助が受けられるのは人間ドック・日赤総合健診のどちらか 1 回です。重複受診した場合は 2 回目以降が全額自己負担となります。 ☐ 上記について確認しました			

※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。

上記補助金を下記の口座に振り込んでください。

振込先	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			

（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)