

様式第 1 号（第 4 条関係）

松川町国民健康保険特定健診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）

松川町国民健康保険特定健診人間ドック補助金交付要綱第 4 条の規定により、松川町国民健康保険特定健診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国民健康保険税に係る資料及び、町に係る各種税・公共料金の資料を閲覧することに同意します。

記

- 1 補助項目 松川町国民健康保険特定健診人間ドック費用
- 2 実施日 年 月 日
- 3 実施健診機関または医療機関名
- 4 交付申請額

人間ドック費用	補助申請額	町補助額	備考
円	費用の 1/2 限度額 15,000 円・10,000 円	円	

（添付書類他）

人間ドック領収書・健診結果を確認します。

上記補助金を下記の口座に振り込んでください。（※振込先は申請者本人に限る）

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			

確認 ☐ 領収書 ☐ 健診結果 ☐ 各種税情報の閲覧