様式第１号（第３条関係）

後期高齢者医療制度人間ドック等助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書

令和　　年　　月　　日

　湯沢市長　様

申請者　住所

氏名

電話

生年月日　大・昭　　　　年 　月 　日

　次のとおり、人間ドック等助成金の交付を申請します。

　また、助成要件確認のため、私及び私の属する世帯の者の市税の納税状況、健康診査の受診状況等について、関係帳等を閲覧し、又は関係課所に報告を求めることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診区分 | | | １　　日帰り  　２　　宿泊  　３　　脳ドック | | | | | |
| 被保険者番号 | | |  | | | | | |
| 受診医療機関名 | |  | | | 受診日 | | 年　月　日 | |
| 受診費用 | | 円 | | | 助成金交付申請額 | | 円 | |
| 振込先口座 | 銀行・金庫・農協 | | | | | 本店・支店・出張所 | | |
| 口座番号 | | |  | | 口座名義人 | |  |

　※添付書類　①受診医療機関が発行した領収書（写し）②検査結果（写し）