

様式第 1 号（第 5 条関係）

松野町人間ドックがん検診等費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

松野町長 様

住 所
氏 名
電 話（ ）

松野町人間ドックがん検診等費用補助金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請に当たり、松野町人間ドックがん検診等費用補助金交付要綱第 2 条第 4 号に係る納付状況確認を職員が調査すること及び検査結果を町に提供し、特定健診業務に準じて利用することに同意します。

添付書類

- (1) 医療機関・健診機関が発行した人間ドックに要した費用の明細領収書（原本）
- (2) 受診した人間ドックの結果表の写し
- (3) 松野町国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者であることを証する書類

ふ り が な 受診者氏名				国保・後期
生 年 月 日		年 月 日 （ 歳）		
受診機関名				
受 診 日		年 月 日		
受診費用		円		
振 込 先	金融機関名		支 店 名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
	口座名義人			
※ 町記載欄		円		☐ 納付確認済