

後期高齢者医療脳ドック健診費補助金交付申請書

令和 〇年 〇月 〇日

常陸大宮市長 様

申請者 住所 常陸大宮市〇〇12-3

氏名 大宮 太郎 印

常陸大宮市後期高齢者医療脳ドック健診費補助金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、補助金の交付決定を受けたときは、その請求及び受領についての権限を、指定医療機関の長に委任します。

記

受診者	ふりがな	おおみや たろう								性別	男・女
	氏名	大宮 太郎									
	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇〇日生 〇〇歳									
	住所	常陸大宮市〇〇12-3									
	電話番号	0295-54-3210									
	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7		
受診予定年月		令和 〇年 〇月予定									
指定医療機関名		ブレインピア南太田・水戸ブレインハートセンター・聖麗メモリアル病院・聖麗メモリアルひたちなか・常陸大宮済生会病院・筑波大学附属病院（※いずれか一医療機関）									

※補助金の申請に当たり、後期高齢者医療保険料の納付状況について担当職員が確認すること、および脳ドック健診の結果について市が管理することに同意します。

※審査欄（ここは記入しないでください。）

納期限が到来した保険料の状況	完納 ・ 滞納あり
前年度の交付状況	有 ・ 無