様式第１号（第4条関係）

後期高齢者医療脳ドック健診費補助金交付申請書

年　　月　　日

　常陸大宮市長　　様

申請者　住所

氏名 　　　　　　　　　　　㊞

　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 | 　 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生　　　　　歳 |
| 住所 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診予定年月 | 年　　　月予定 |
| 指定医療機関名 | 　 |

※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 |