

第1号様式(第5条関係)

人間ドック・脳ドック費用補助金交付申請書

令和 年 月 日

葉山町長 殿

人間ドック・脳ドック補助金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、私は、町税、国民健康保険料及び介護保険料の納付状況の確認のために葉山町職員が私の課税台帳等について、調査し、照会し、または閲覧することを承諾します。また、検査結果を保健事業や特定健診・特定保健指導の案内等に使用することに同意し、他の補助制度の利用状況に関して虚偽の申告をしないことを誓います。

申請者 住所 葉山町

氏名

生年月日 S・H 年 月 日

電話番号

1 交付申請額

① 受検費用								円
② その他の補助制度利用額								円
③ 自己負担額(①-②)								円

交付申請額 _____ 円

(③が2万円を超える場合は2万円とご記載ください)

2 内容

種別	人間ドック・脳ドック
受検年月日	令和 年 月 日
医療機関名	

収 受 印



3 添付書類

- (1) 被保険者証の写し
- (2) 領収書(原本)(人間ドックと、町が補助する各種がん検診を同日に受けた場合、それぞれの領収書または領収明細が分かれており、人間ドック分のみの金額が分かる領収書であること)
- (3) 人間ドック等の検査結果の写し

検査結果により保健事業での指導や特定保健指導等を行うため。
また、交付要綱に定める検査項目を満たしているかどうかの確認のため。
- (4) 他の補助制度を利用した場合は、金額が分かる書類の写し
- (5) 問診票(事前または申請時に記入する)

4 補助金振込先

金融機関名		支店
種類	普通 ・ 当座	
口座番号		
フリガナ 口座名義人		

- 5 提出いただいた検査項目の内容を審査し、特定保健指導に該当する場合は、町から通知をお送りいたしますのでご了承ください。

確認しました

<以下町使用欄>

<input type="checkbox"/>	人間ドックまたは脳ドックを受けたことを確認した。
<input type="checkbox"/>	人間ドックまたは脳ドックの検査項目の数値が記載されている書類の提出を受けた。
<input type="checkbox"/>	保険証の保険者が「葉山町」であることを確認し、保険証の写しの提出を受けた。
<input type="checkbox"/>	領収書の金額及び原本の提出を受けた。
<input type="checkbox"/>	問診票の提出を受けた。
<input type="checkbox"/>	町税、国民健康保険料及び介護保険料の滞納がない。